Regione Emilia-Romagna

**Servizio Gestione e Liquidazione degli interventi delle Politiche educative, formative e per il lavoro e supporto all’autorità di gestione FSE**

Viale Aldo Moro 38

40127 Bologna

posta certificata PEC: gcr[@postacert.regione.emilia-romagna.it](mailto:lavorofp@postacert.regione.emilia-romagna.it)

**Progetto per il rafforzamento della capacità di risposta all'emergenza covid-19 dei servizi di assistenza sanitaria** - approvato con DGR 1844/2020 cofinanziato dal Fondo Sociale Europeo (PO 2014-2020 ob. tematico 9 - priorità di investimento 9.4) - presentato a valere sugli Inviti approvati con le DGR. n. 1522/2020 e n. 1713/2020

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Az. Ospedaliera/Az. Unità Sanitaria/Istituto | |  | |
| Indirizzo | | | |
| Cap | Comune | | Prov |

Il/la sottoscritto/a (*nome e cognome*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( prov \_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*gg/mm/aaaa*), residente in (comune) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (prov\_\_), indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, CF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità Legale Rappresentante /delegato dell’Azienda/dell’Ente del Servizio Sanitario Regionale del Progetto sopra riportato, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

**Dichiara che:**

* il Progetto Rif. pa n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/RER (*riportare il rif pa indicato nella dgr 1844/2020*)
* codice CUP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* si è regolarmente avviato:

|  |  |
| --- | --- |
| Data effettiva Avvio (1) | Data di termine presunta (2) |
|  |  |

***(1)*** ***Coincidente con la data di avvio già indicata nel Formulario di candidatura***

***(2) Per data presunta di termine si intende la data dell’ultima spesa sostenuta chiesta a rimborso oppure la data di realizzazione dell’ultima prestazione realizzata per la quale si chiede il contributo nel presente invito. La data di termine presunta non può essere successiva al 30 giugno 2021.***

**Richiede**

* di accreditare la liquidazione delle somme dovute sul “**Girofondo su contabilità speciale**” n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , come da normativa vigente.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Il Legale Rappresentante

(Timbro Azienda/Istituto e firma leggibile per esteso) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(firmato digitalmente) (\*)***

**(\*) In allegato la copia del documento d’identità in assenza di firma digitale**

La presente dichiarazione è resa sotto la propria personale responsabilità e consapevolezza delle sanzioni previste dall’art. 76 dei DPR 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, nonché delle conseguenze di cui all’art. 75, comma 1, del medesimo DPR.