SCHEDA RIASSUNTIVA E DICHIARAZIONE

Spett. FNOMCeO

Commissione di valutazione dei progetti

Piazza Cola di Rienzo, 80/a

00192 – Roma

***N.B.*** *La presente richiesta deve essere compilata a cura del Legale rappresentante del Soggetto Richiedente.*

Il/La sottoscritt \_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nat \_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Documento n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tipologia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**titolare/legale rappresentante dell’Associazione/Ente/Università:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n° \_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

costituita il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con atto registrato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

presso il Registro di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L’ammissione ai benefici finanziari previsti dal Regolamento FNOMCeO per la promozione di iniziative in materia di Cooperazione in salute nei Paesi in Via di Sviluppo.

TIPOLOGIA DI PROGETTO

*(indicare con una X il progetto di riferimento, anche entrambi)*

|  |  |
| --- | --- |
| a) Sostegno alla formazione e aggiornamento di medici e odontoiatri da inviare nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS)  |  |
| b) Invio di personale sanitario nei Paesi in via di sviluppo per un periodo da uno a tre mesi.  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Importo del Progetto******(Imponibile)******€*** | C***ontributo richiesto******€*** |
|  |  |

Sede dell’iniziativa (via/ piazza/ comune/ Paese)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

a) di aver preso visione di tutte le condizioni e le modalità indicate nel Bando;

b) di essere consapevole che la concessione dell’agevolazione richiesta è subordinata alle risultanze della verifica istruttoria condotta dalla FNOMCeO - Commissione di valutazione preposta;

**SI IMPEGNA A**

- consentire controlli ed accertamenti che l’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri o la FNOMCeO riterranno più opportuni in ordine ai dati dichiarati;

- comunicare tempestivamente alla FNOMCeO ogni variazione dei dati contenuti nei documenti allegati e nelle dichiarazioni fornite, sollevando l’Ente da ogni conseguenza derivante dalla mancata notifica di dette variazioni;

- a rispettare tutte le condizioni e le modalità previste dal Bando.

A tal fine

**SI ALLEGANO**

**i seguenti documenti in conformità a quanto previsto dal Regolamento:**

*(vedere documenti elencati al punto 7 del Regolamento)*

- ……………………………

- …………………………….

- …………………………….

*Luogo e data*

Timbro e firma del Legale Rappresentante