**ALLEGATO 1**

|  |
| --- |
| MANIFESTAZIONE DI INTERESSE Manifestazione di interesse per la partecipazione in qualità di partner nello sviluppo del progetto di ricerca dal titolo “Precision surgery for the prenatal treatment of posterior urethral valves (PUV)”EXPRESSION OF INTEREST **Expression of interest in participating as a partner in the project entitled to “Precision surgery for the prenatal treatment of posterior urethral valves (PUV)”**  |

*Spett.le*

*FONDAZIONE IRCCS Ca’ Granda Ospedale Maggiore Policlinico*

*Via Francesco Sforza 28*

*20122 - Milano*

### DATI GENERALI IDENTIFICATIVI DEL SOGGETTO PARTNER

General data of the partner

Il sottoscritto/the Undersigned \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a/ place of birth\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il/ date of birth\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di/ in quality of \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(specificare/ please specify)* e legale rappresentante pro tempore della società/ and legal representative of the company \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale in *(comune italiano o stato estero) with registered office at \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ indirizzo/address\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP / ZIP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sede operativa (se diversa dalla sede legale)/ operational headquarter (if different from the registered office)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA/VAT nr: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono/Phone Number\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Certified E-mail

**CHIEDE/ask**

di partecipare alla manifestazione di interesse in titolo e a tal fine/to partecipate in the expression of interest

#### D I C H I A R A/declares

**1)** l’assenza di cause ostative a contrarre con la Pubblica Amministrazione, nonché l’assenza di contenzioso con Fondazione IRCCS Ca’ Granda Ospedale Maggiore Policlinico/ the absence of impediments to contract with the Public Administration, as well as the absence of litigation with Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico;

**3)** l’accettazione di tutte le clausole contenute nell’Avviso di Manifestazione di interesse nel titolo/ the acceptance of all the statements contained in the Notice of Expression of Interest in title.

Luogo e data City and Date………………….……………

**Firma/signature**

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

Si allega: **fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore, in corso di validità**

**Please attach ID copy**