

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**  
**AL "BANDO PER IL FINANZIAMENTO DI CONTRIBUTI PER LA RICERCA,**  
**L'AGGIORNAMENTO E LA FORMAZIONE IN MEDICINA NON CONVENZIONALE"**

Soggetto promotore del progetto \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

In qualità di rappresentante dell'Azienda \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Istituto di credito \_\_\_\_\_

Coordinate bancarie; ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

**Chiede**

l'ammissione al finanziamento del progetto a valere sul "Fondo per lo sviluppo della ricerca e per sostenere le esperienze delle AA.SS.LL. e delle AA.OO., già operanti sul territorio regionale, per quanto attiene la Medicina non Convenzionale (MnC)" per l'Esercizio finanziario 2003 della Regione Campania previsto dalla L.R. 19 del 18/11/03.

A tal fine trasmette la presente domanda per la partecipazione al finanziamento di contributi per la ricerca, l'aggiornamento e la formazione in Medicina non convenzionale con il seguente progetto:

**Sezione 1 - dati generali del progetto**

Titolo del progetto: \_\_\_\_\_

Tipologia del progetto: progetto di ricerca  aggiornamento e formazione

Durata del progetto: mesi \_\_\_\_\_

Costo del Progetto : Euro \_\_\_\_\_

Dichiara, altresì, che attualmente il progetto:

1. non è stato finanziato, né è stata inoltrata domanda di finanziamento;

2. è già stato finanziato con contributi pubblici;

da (indicare l'Ente); \_\_\_\_\_

per un importo di euro \_\_\_\_\_

**Altri soggetti partecipanti:**

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

Si allegano alla domanda i seguenti documenti:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Legale Rappresentante**

Autenticata nei termini di legge

**1. Sezione 2: Soggetti partecipanti**

1. Soggetto promotore \_\_\_\_\_  
(capofila)

Sede legale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**Rappresentante legale:**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

---

**2. Altri soggetti partecipanti:**  
(da compilarsi per ciascun partner)

2.1 Partner \_\_\_\_\_

Ragione sociale \_\_\_\_\_

Tipologia soggetto \_\_\_\_\_

Sede legale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Partita IVA \_\_\_\_\_

**Rappresentante legale:**

Cognome e nome: \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

---

**Obiettivi del progetto :** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Innovatività:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Sezione 3 - Descrizione del piano specifico delle attività del Progetto svolte da ciascun Partecipante (da compilarsi per ciascun partecipante)

3.1 Soggetto \_\_\_\_\_

3.2 Descrizione delle attività: \_\_\_\_\_

3.3 Personale necessario per lo svolgimento della suindicata attività:

N°	Qualifica	Livello Formazione specifico	Livello Formazione MnC	Orario settimana	Tipologia contratto

3.4 Risorse strumentali e materiali

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

