

ALLEGATO B

**REGIONE TOSCANA
POR CRO FSE 2014/2020 – ASSE C – ATTIVITA' C.2.1.2.a**

AVVISO PUBBLICO

**PER L'ATTIVAZIONE DI PERCORSI DI ALTA FORMAZIONE E RICERCA-AZIONE
Anno 2019**

FORMULARIO DI PROGETTO

(TITOLO PROGETTO.....)

SEZIONE 1- DATI IDENTIFICATIVI DEL PROGETTO

1. Titolo

--

2. Acronimo:

--

3. Finalità

--

4. Soggetto proponente capofila e partenariato operativo

4.1. Denominazione soggetto proponente (capofila di ATS)

--

4.2 ATS:

- costituita
- da costituire

4.3 Denominazione soggetti partner dell'ATS

1)	
2)	
3)	
4)	

5. Dati di sintesi del progetto

5.1 Elenco delle proposte di percorsi di alta formazione e ricerca (AFR)

N. percorso	Titolo percorso AFR	Acronimo	N. Borse	Mesi di alta formazione (1)	Mesi di attività di ricerca-azione (1)	Costo totale percorso AFR (2)

(1) *Nel caso il percorso AFR preveda più borse, indicare il dato complessivo riferito al totale dei borsisti previsti per quel percorso*

(2) *Indicare il costo complessivo del percorso AFR (somma delle spese per le borse di studio di ogni percorso).*

6 Finanziamento

COSTI	Euro
Totale costo progetto	
Finanziamento pubblico richiesto	

PIANO ECONOMICO DI DETTAGLIO (PED)

Voce di spesa (come da DGR 1343/2017)	Importo in €	Note
B.2.4.13 Borse di studio		<i>Coprirà le spese inerenti tutto il periodo di formazione e ricerca-azione per un valore commisurato ad un importo netto mensile pari a € 1.800,00, oltre oneri di legge (se previsti).</i>
TOTALE		

A.1 SCHEDA DEL SOGGETTO PROPONENTE

A.1.1. Anagrafica soggetto proponente (capofila di ATS)

Denominazione e ragione sociale

.....

Natura giuridica

.....

Indirizzo sede legale:

Via CAP

Comune Prov

Tel. Fax E-mail

PEC

Indirizzo sede operativa (se diverso da quello legale):

Via CAP

Comune Prov

Tel. Fax E-mail

PEC

P. IVA/Codice fiscale.....

Numero del conto di girofondo su contabilità speciale:.....

Legalmente rappresentata da:

Cognome e nome

In qualità di

Nato/a il

Tel. Fax E-mail

Struttura referente per il progetto:

.....

Responsabile del progetto (indicare nome, cognome e funzione all'interno della struttura

nome e cognome

funzione.....

Tel. Fax E-mail

PEC

A.1.2 Soggetto partner di ATS

Aggiungere la sottosezione A.1.2 per ciascun partner del progetto

A.1.2 - 1 Dati identificativi

Denominazione e ragione sociale

.....

Natura giuridica

.....

Indirizzo sede legale:

Via CAP

Comune Prov

Tel. Fax E-mail

PEC

Indirizzo sede operativa (se diverso da quello legale):

Via CAP

Comune Prov

Tel. Fax E-mail

PEC

P. IVA/Codice fiscale

Legale rappresentante:

Cognome e nome

In qualità di.....

Nato/a il

Tel. Fax E-mail

PEC

SOTTOSCRIZIONE DEL PROGETTO

Il/i sottoscritto/i.....in qualità di rappresentante/i legale/i del capofila e dei soggetti partner.....del progetto.....

Attesta/attestano

l'autenticità di tutto quanto dichiarato nel formulario e sottoscrive/sottoscrivono tutto quanto in esso contenuto.

Luogo, e data

FIRMA/E

.....
.....
.....

AVVERTENZE

Il formulario deve essere compilato in tutte le sue parti e sottoscritto dal rappresentante legale del soggetto capofila in caso di ATS già costituita o dai legali rappresentanti di tutti i partner in caso di ATS da costituire.

Allegare copia documento d'identità chiara e leggibile se non firmato in digitale.