***INNOVA.RE***

***INNOVAzione in Rete***

***C.U.P. J85G09000350002***

Il sottoscritto………………………………………………………………………………….

Qualifica………………………………………………………………………………………

Dipartimento di afferenza …………………………………………………………………….

Tel. ......................................................... e-mail ............................................................

**in qualità di responsabile scientifico**

**CHIEDE L’AMMISSIONE AL FINANZIAMENTO DEL PROGETTO PILOTA**

TITOLO ……………………………………………………………………………………

ACRONIMO ………………………………………

IMPORTO € …………………………

**da attuarsi in collaborazione con il/i soggetto/i partner:**

Ragione sociale ………………………………………………………...

Sede legale (indirizzo) ………………………………………………….

Sede operativa (indirizzo) ………………………………………………

Rappresentante legale ……………………………………….

Partita IVA ………………………………………………….CF.…………………………………………………………

Tel. ............................................................... Fax ...................................................... e-mail ……………………………

**Dipartimento sede amministrativa del progetto** ………………………………………………………………………...

Sassari, \_\_\_\_\_/06/2014

Il Responsabile Scientifico Il Direttore del Dipartimento

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