**POR FESR Sardegna 2014-2020**

**Asse I “Ricerca Scientifica, Sviluppo Tecnologico e**

**Innovazione” (OT 1)**

**Linea di Azione 1.2.2. \_ Azione trasversale “Sportello Startup”**

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

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

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

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

**in qualità di responsabile scientifico**

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

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

ACRONIMO ………………………………………

Sassari, \_\_\_\_\_/ /2019

Il Responsabile Scientifico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_