

***Domanda di rinuncia al contributo***

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000

Il sottoscritto

|  |
| --- |
| Nome:  |
| Cognome:  |
| nato a:  |
| il:  |
| Codice Fiscale:  |
| Residente nel Comune di:  |
| Provincia di residenza:  |
| Regione di residenza:  |
| Codice di Avviamento Postale:  |
| Indirizzo (Via e n. civico):  |
| Nazione di residenza:  |
| *in qualità di Componente del Team* |
| Denominazione Team*:*  |
| Codice del Team:  |

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445

**DICHIARA**

di rinunciare al Percorso di Accompagnamento previsto dall’intervento Estrazione dei Talenti per le seguenti ragioni:

**……………………………………**

**……………………………………**

*Dichiara sotto la propria responsabilità che le informazioni fornite corrispondono al vero.*

 *FIRMA DEL COMPONENTE RINUNCIATARIO*

 *(allegare documento di riconoscimento)*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

ai sensi dell'art. 76 del DPR 445/2000

Il sottoscritto Capo Team

|  |
| --- |
| Nome:  |
| Cognome:  |
| nato a:  |
| il:  |
| Codice Fiscale:  |
| Residente nel Comune di:  |
| Provincia di residenza:  |
| Regione di residenza:  |
| Codice di Avviamento Postale:  |
| Indirizzo (Via e n. civico):  |
| Nazione di residenza:  |
| *in qualità di Capo Team* |
| Denominazione Team*:*  |
| Area prioritaria di Innovazione:  |
| Codice del Team:  |

consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445

**DICHIARA**

1. che il *Progetto Imprenditoriale* presentato mantiene le caratteristiche per l’accesso al Percorso di Accompagnamento candidato, nonostante la rinuncia del/dei componenti:
	1. ……………………….
	2. ……………………….
	3. ……………………….
		1. ……………………….
2. che a fronte della rinuncia del/dei componenti, la sezione nona del Formulario si modifica come segue:

“***Descrivere la composizione del Team, le competenze e le esperienze attinenti l’IdB da parte di ciascun componente del Team, nonché la suddivisione dei ruoli e delle funzioni che ciascun componente del Team assumerà nei primi 24/36 mesi di vita dall’eventuale trasformazione dell’IdB in Impresa (max 3.000 caratteri)”***

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*Dichiara sotto la propria responsabilità che le informazioni fornite corrispondono al vero.*

*FIRMA DEL CAPO TEAM*

 *(allegare documento di riconoscimento)*