



# REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data **10 APR. 2018**

Protocollo N° **13489**

Class: **ad**

Prat.

Fasc.

Allegati N° vari

Oggetto: Bando Ricerca Sanitaria Finalizzata Anno 2018 (ai sensi degli artt. 12 e 12 bis del D. Lgs. 502/92 e smi.).

Ai Direttori Generali  
delle Aziende ULSS del Veneto

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Ospedaliera di Padova

Al Direttore Generale  
dell'Azienda Ospedaliera  
Universitaria Integrata Verona

Al Commissario  
dell'Azienda Zero

Al Direttore Generale  
dell'IRCCS - IOV

Al Direttore Generale  
dell'IRCCS Fondazione Ospedale S.Camillo

e, p.c. Al Magnifico Rettore dell'Università  
degli Studi di Padova

Al Magnifico Rettore dell'Università  
degli Studi di Verona

LORO SEDE

Ad integrazione della nota prot. 130722 del 6 Aprile 2018 u.s., si trasmette in allegato copia dei modelli di dichiarazione da trasmettere all'Area Sanità e Sociale - Unità Organizzativa Commissione salute e relazioni socio-sanitarie - indirizzo PEC [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it) entro la data **del 21 maggio 2018**. Tali modelli dovranno obbligatoriamente essere allegati al Progetto nella applicazione Workflow della Ricerca in caso di:

- Progetti Sezioni A, B in cui il P.I. abbia un rapporto di lavoro con il SSR in scadenza nei 36 mesi successivi al termine per l'invio del Progetto al Ministero;
- Progetti Sezione C in cui il P.I. abbia un rapporto in scadenza nei 36 mesi successivi al termine del Progetto al Ministero ovvero sia privo di un rapporto di lavoro con la struttura del SSN oppure;
- Progetti Sezione C in cui i Collaboratori/Responsabili UO abbiano un rapporto in scadenza nei 36 mesi successivi alla data di invio del Progetto al Ministero ovvero siano privi di un rapporto di lavoro con la struttura dove dovrà svolgersi il progetto;
- Progetti Sezione D per il ricercatore proponente privo di rapporto di lavoro con il SSR.

Area Sanità e Sociale  
Unità Organizzativa Commissione salute e relazioni socio-sanitarie  
Palazzo Molin - S. Polo, 2513 - 30123 Venezia - Tel. 041 279 - 3559  
e-mail: [relazioni.sociosanitarie@regione.veneto.it](mailto:relazioni.sociosanitarie@regione.veneto.it)  
pec: [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

La modulistica è disponibile all'indirizzo <http://www.regione.veneto.it/web/sanita/ricerca-ministeriale>. Allo stesso indirizzo e non appena il Ministero avrà chiarito alcune incongruenze presenti fra le voci di budget del Bando e le voci della modulistica sarà inserito il foglio di calcolo del budget.

Cordiali saluti.

Il Direttore  
Dott. Antonio Maritati

Area Sanità e Sociale  
Unità Organizzativa Commissione salute e relazioni socio-sanitarie  
Palazzo Molin – S. Polo, 2513 – 30123 Venezia - Tel. 041 279 – 3559  
e-mail: [relazioni.sociosanitarie@regione.veneto.it](mailto:relazioni.sociosanitarie@regione.veneto.it)  
pec: [area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

**DA INSERIRE NELLA PIATTAFORMA WORKFLOW DELLA RICERCA  
UNITAMENTE AL PROGETTO**

**Sezione A - Progetti Ordinari di Ricerca Finalizzata (RF)**

**Sezione B – Progetti Cofinanziati (CO)**

**Principal Investigator**

con un rapporto di lavoro in scadenza nei 36 mesi successivi  
al termine per l'invio del progetto al Ministero (19.06.2018)

<b>CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA</b>
--

All'Area Sanità e Sociale  
 UO Commissione salute e relazioni  
 socio-sanitarie  
[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2018 – progetto \_\_\_\_\_ (indicare il codice identificativo  
 rilasciato dal Workflow della Ricerca) \_\_\_\_\_ (indicare il titolo del  
 progetto).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'Azienda  
 \_\_\_\_\_ acconsente, in caso di finanziamento del progetto nell'ambito del  
 Bando, allo svolgimento dello stesso presso l'Azienda e si impegna a garantire il necessario supporto logistico-  
 amministrativo per tutta la durata del progetto;

- certifica la posizione di operatore del SSN e l'afferenza all'Azienda \_\_\_\_\_ del Principal  
 Investigator Prof./Dott. \_\_\_\_\_ proponente il progetto attualmente  
 nella seguente posizione lavorativa \_\_\_\_\_ (specificare);

- certifica che il P.I. presso questa Azienda svolge attività lavorativa:

- per almeno 30 ore a settimana;
- per almeno 16 ore a settimana (nel caso di universitari convenzionati);

- considerato che il rapporto di lavoro attualmente in essere con il Prof./Dott. \_\_\_\_\_ verrà a  
 scadenza il \_\_\_\_\_ l'Azienda, in caso di finanziamento del progetto presentato, si impegna a:

- estendere la durata del rapporto di lavoro con il P.I. per la durata del progetto
- attivare un nuovo rapporto di lavoro con il P.I. per la durata del progetto

nei limiti del finanziamento ministeriale concesso e in conformità ai criteri previsti dal Bando e alla normativa  
 vigente.

Firma del Legale Rappresentante  
 (firma digitale)

# DA INSERIRE NELLA PIATTAFORMA WORKFLOW DELLA RICERCA UNITAMENTE AL PROGETTO

## Sezione C – Progetti Ordinari Giovani Ricercatori (GR)

### Principal Investigator

senza alcun rapporto di lavoro con la struttura del SSN oppure con un rapporto di lavoro in scadenza nei 36 mesi successivi al termine per l'invio del progetto al Ministero (19 giugno 2018)

<b>CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA</b>
--

All' Area Sanità e Sociale  
 UO Commissione salute e relazioni  
 socio-sanitarie  
[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2018 – progetto \_\_\_\_\_ (indicare il codice identificativo rilasciato dal Workflow della Ricerca) \_\_\_\_\_ (indicare il titolo del progetto).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell' Azienda \_\_\_\_\_ acconsente, in caso di finanziamento del progetto, allo svolgimento dello stesso presso l' Azienda e si impegna a garantire il necessario supporto logistico-amministrativo per tutta la durata del progetto;

- certifica che il Principal Investigator Prof./Dott. \_\_\_\_\_ proponente il progetto:

- ha il seguente rapporto di lavoro con questa Azienda \_\_\_\_\_ (specificare tipologia contratto, qualifica).
- non è in possesso di un rapporto di lavoro con questa Azienda

considerato che il rapporto di lavoro attualmente in essere con il Prof./Dott. \_\_\_\_\_ verrà a scadenza il \_\_\_\_\_ l' Azienda, in caso di finanziamento del progetto presentato, si impegna a:

- estendere la durata del rapporto di lavoro con il P.I. per la durata del progetto
- attivare un nuovo rapporto di lavoro con il P.I. per la durata del progetto

nei limiti del finanziamento ministeriale concesso e in conformità ai criteri previsti dal Bando e alla normativa vigente.

l' Azienda si impegna, in caso di finanziamento del progetto presentato, ad attivare con il Prof./Dott. \_\_\_\_\_ apposito rapporto di lavoro per lo svolgimento delle funzioni di P.I. nei limiti del finanziamento ministeriale concesso e in conformità ai criteri previsti dal Bando e alla normativa vigente.

Firma del Legale Rappresentante  
(firma digitale)

# DA INSERIRE NELLA PIATTAFORMA WORKFLOW DELLA RICERCA UNITAMENTE AL PROGETTO

Sezione C – Progetti Ordinari Giovani Ricercatori (GR)

## Responsabili UO / Collaboratori

senza alcun rapporto di lavoro

oppure con un rapporto di lavoro in scadenza nei 36 mesi successivi al termine per l'invio del progetto al  
Ministero (19 giugno 2018)

<b>CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA / ISTITUZIONE CUI AFFERISCE UO</b>
---

All'Area Sanità e Sociale  
 UO Commissione salute e relazioni  
 socio-sanitarie  
[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2018 – progetto \_\_\_\_\_ (indicare il codice identificativo rilasciato dal Workflow della Ricerca) \_\_\_\_\_ (indicare il titolo del progetto).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'Azienda/Istituzione \_\_\_\_\_ acconsente, in caso di finanziamento del progetto, allo svolgimento dello stesso presso l'Azienda/Istituzione e si impegna a garantire il necessario supporto logistico-amministrativo per tutta la durata del progetto;

- certifica che Prof./Dott. \_\_\_\_\_ Responsabile U.O. n. \_\_\_\_/Collaboratore del progetto in oggetto:

- ha il seguente rapporto di lavoro con questa Azienda/Istituzione \_\_\_\_\_ (specificare tipologia contratto, qualifica)
- non è in possesso di un rapporto di lavoro con questa Azienda/Istituzione;

considerato che il rapporto di lavoro attualmente in essere con il Prof./Dott. \_\_\_\_\_ verrà a scadenza il \_\_\_\_\_ l'Azienda, in caso di finanziamento del progetto presentato, si impegna a:

- estendere la durata del rapporto di lavoro con il P.I. per la durata del progetto
- attivare un nuovo rapporto di lavoro con il P.I. per la durata del progetto

nei limiti del finanziamento ministeriale concesso e in conformità ai criteri previsti dal Bando e alla normativa vigente.

l'Azienda/Istituzione, in caso di finanziamento del progetto presentato, si impegna ad attivare con il Prof./Dott. \_\_\_\_\_ apposito rapporto di lavoro con il ricercatore nei limiti del finanziamento ministeriale concesso e in conformità ai criteri previsti dal Bando e alla normativa vigente.

Firma del Legale Rappresentante  
(firma digitale)

**DA INSERIRE NELLA PIATTAFORMA WORKFLOW DELLA RICERCA  
UNITAMENTE AL PROGETTO  
Sezione D – Progetti Starting Grant (SG)**

**Ricercatore proponente**

**CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA**

All'Area Sanità e Sociale  
UO Commissione salute e relazioni  
socio-sanitarie  
[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2018 – progetto \_\_\_\_\_ (*indicare il codice  
identificativo rilasciato dal Workflow della Ricerca*) \_\_\_\_\_  
(*indicare il titolo del progetto*).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'Azienda  
\_\_\_\_\_ acconsente, in caso di finanziamento del progetto indicato,  
allo svolgimento dello stesso presso l'Azienda e si impegna a garantire il necessario supporto logistico-  
amministrativo per tutta la durata del progetto;

- si impegna, in caso di finanziamento del progetto presentato da parte del Ministero, ad attivare con il  
ricercatore proponente Dott./Prof. \_\_\_\_\_, una borsa di studio per lo  
svolgimento del progetto stesso con oneri a carico del finanziamento ministeriale e in conformità ai criteri  
previsti dal Bando e alla normativa vigente.

Firma del Legale Rappresentante  
(firma digitale)

**DA INVIARE ALLA REGIONE VENETO**  
**Sezione A - Progetti Ordinari di Ricerca Finalizzata (RF)**  
**Sezione B – Progetti Cofinanziati (CO)**  
**Sezione C – Progetti Ordinari Giovani Ricercatori (GR)**

**Principal Investigator**  
 con un rapporto di lavoro a tempo indeterminato

<b>CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA</b>
--

All'Area Sanità e Sociale  
 UO Commissione salute e relazioni  
 socio-sanitarie  
[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2018 – progetto \_\_\_\_\_ (*indicare il codice identificativo rilasciato dal Workflow della Ricerca*) \_\_\_\_\_ (*indicare il titolo del progetto*).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'Azienda \_\_\_\_\_ acconsente, in caso di finanziamento del progetto nell'ambito del Bando, allo svolgimento dello stesso presso l'Azienda impegnandosi a garantire il necessario supporto logistico-amministrativo per tutta la durata del progetto;

- certifica la posizione di operatore del SSN e l'afferenza all'Azienda \_\_\_\_\_ del Principal Investigator Prof./Dott. \_\_\_\_\_ proponente il progetto attualmente nella seguente posizione lavorativa \_\_\_\_\_ (specificare);

- attesta che il P.I. presso questa Azienda svolge attività lavorativa :

- per almeno 30 ore a settimana;
- per almeno 16 ore a settimana (nel caso di universitari convenzionati)

*(Tipologie progetti A e B - parte da compilare solo nel caso di interruzione del rapporto di lavoro del PI per raggiunti limiti di età senza subentro del CoPI)*

considerato che il rapporto di lavoro attualmente in essere con il Prof./Dott. \_\_\_\_\_ verrà a scadenza, per raggiunti limiti di età, il \_\_\_\_\_, dichiara che lo stesso svolgerà, per tutta la durata del progetto, le funzioni di Principal Investigator senza oneri a carico dei fondi ministeriali o regionali;

Firma del Legale Rappresentante  
 (firma digitale)

**DA INVIARE ALLA REGIONE VENETO**  
**Sezione A - Progetti Ordinari di Ricerca Finalizzata (RF)**  
**Sezione B – Progetti Cofinanziati (CO)**

**Responsabile UO / Collaboratore**  
 con rapporto di lavoro a tempo indeterminato  
 ovvero con rapporto di lavoro in scadenza nei 36 mesi successivi alla data di scadenza per l'invio del  
 Progetto al Ministero (19 giugno 2018)

<b>CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA / ISTITUZIONE CUI AFFERISCE UO</b>
---

All'Area Sanità e Sociale  
 UO Commissione salute e relazioni  
 socio-sanitarie  
[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2018 – progetto “\_\_\_\_\_ (indicare il codice identificativo rilasciato dal Workflow della Ricerca) \_\_\_\_\_ (indicare il titolo del progetto).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'Azienda/Istituzione \_\_\_\_\_ acconsente, in caso di finanziamento del progetto, allo svolgimento dello stesso presso l'Azienda/Istituzione e si impegna a garantire il necessario supporto logistico-amministrativo per tutta la durata del progetto;

- certifica che Prof./Dott. \_\_\_\_\_ Responsabile U.O. n. \_\_\_\_\_/Collaboratore del progetto in oggetto ha il seguente rapporto di lavoro con questa Azienda/Istituzione \_\_\_\_\_ (specificare tipologia contratto, qualifica)

considerato che il rapporto di lavoro attualmente in essere con il Prof./Dott. \_\_\_\_\_ verrà a scadenza il \_\_\_\_\_ l'Azienda/Istituzione, in caso di finanziamento del progetto presentato, si impegna a:

- estendere la durata del rapporto di lavoro con il ricercatore per la durata del progetto
- attivare un nuovo rapporto di lavoro con il ricercatore per la durata del progetto

nei limiti del finanziamento ministeriale concesso e in conformità ai criteri previsti dal Bando e alla normativa vigente.

*(da compilare solo se nel caso in cui il ricercatore abbia un rapporto di lavoro in scadenza nei 36 mesi successivi al termine per l'invio del progetto al Ministero (19 giugno 2018).*

Firma del Legale Rappresentante  
 (firma digitale)

**DA INVIARE ALLA REGIONE VENETO**  
**Sezione C – Progetti Ordinari Giovani Ricercatori (GR)**

**Responsabile UO / Collaboratore**  
con rapporto di lavoro a tempo indeterminato

**CARTA INTESTATA AZIENDA SANITARIA / ISTITUZIONE CUI AFFERISCE UO**

All'Area Sanità e Sociale  
UO Commissione salute e relazioni  
socio-sanitarie  
[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2018 – progetto “\_\_\_\_\_ (indicare il codice identificativo rilasciato dal Workflow della Ricerca) \_\_\_\_\_ (indicare il titolo del progetto).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'Azienda/Istituzione \_\_\_\_\_ acconsente, in caso di finanziamento del progetto, allo svolgimento dello stesso presso l'Azienda/Istituzione e si impegna a garantire il necessario supporto logistico-amministrativo per tutta la durata del progetto;

- certifica che Prof./Dott. \_\_\_\_\_ Responsabile U.O. n. \_\_\_\_\_/Collaboratore del progetto in oggetto ha il seguente rapporto di lavoro con questa Azienda/Istituzione \_\_\_\_\_ (specificare tipologia contratto, qualifica).

Firma del Legale Rappresentante  
(firma digitale)

**DA INVIARE ALLA REGIONE VENETO**  
**Sezione E – Programmi di Rete (NET)**

**CARTA INTESATA AZIENDA / ISTITUZIONE ELEGGIBILE COME WORK PACKAGE  
 DALLA REGIONE CUI AFFERISCE IL P.I.**

All'Area Sanità e Sociale  
 UO Commissione salute e relazioni  
 socio-sanitarie  
[area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it](mailto:area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it)

**OGGETTO:** Bando Ricerca Finalizzata 2018 – *Work Package* \_\_\_\_\_ (*indicare il codice identificativo rilasciato dal Workflow della Ricerca*) \_\_\_\_\_  
 (*indicare il titolo del progetto*).

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ legale rappresentante dell'Azienda/Istituzione \_\_\_\_\_ acconsente, in caso di finanziamento nell'ambito del Bando in oggetto, allo svolgimento del progetto di ricerca di seguito indicato e si impegna a garantire il necessario supporto logistico ed organizzativo per la durata del Programma:

Codice e Titolo del Work Package (WP) \_\_\_\_\_;

Codice e Titolo del Programma di Rete cui afferisce il WP \_\_\_\_\_;

presentato da \_\_\_\_\_ PI del WP;

qualifica ricoperta dal PI nell'ambito dell'Azienda/ Istituzione di afferenza \_\_\_\_\_;

nel caso il P.I. afferisca a un Ente SSR (Azienda sanitaria, IRCCS) indicare ore/settimana svolte nel SSR come da contratto (in caso di universitari convenzionati indicare le ore dedicate all'assistenza) \_\_\_\_\_.

- considerato che il rapporto di lavoro attualmente in essere con il Prof./Dott. \_\_\_\_\_ verrà a scadenza, per raggiunti limiti di età, il \_\_\_\_\_, dichiara che lo stesso svolgerà, per tutta la durata del progetto, le funzioni di Principal Investigator senza oneri a carico dei fondi ministeriali o regionali;  
 (*parte da compilare solo nel caso di interruzione del rapporto di lavoro del PI per raggiunti limiti di età senza subentro del CoPI - riferimenti Bando Sezione E. 1.2).*

Firma del Legale Rappresentante  
 (firma digitale)