

ALLEGATO 5 – DICHIARAZIONE ATS

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

CF _____

residente a _____

Via _____

in qualità di legale rappresentante della Fondazione ITS (capofila) _____

e

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

CF _____

residente a _____

Via _____

in qualità di legale rappresentante della Fondazione ITS (partner) _____

(aggiungere tante righe quante sono le Fondazioni ITS della Toscana impegnate nel progetto come partner di ATS)

DICHIARANO di IMPEGNARSI

ad associarsi formalmente, entro 30 giorni dalla data di notifica dell'eventuale approvazione e finanziamento del progetto, nella forma di ATS.

FIRME dei Legali Rappresentanti

Allegare copia dei documenti di identità in corso di validità dei firmatari