***ALLA C.A.***

***ISIG – ISTITUTO DI SOCIOLOGIA INTERNAZIONALE DI GORIZIA***

***Via Mazzini, 13 – 34170 Gorizia (GO)***

***ITALIA***

# OGGETTO: BANDO PER L’ASSEGNAZIONE DELL’INCARICO DI CONTROLLORE DI PRIMO LIVELLO NELL’AMBITO DEL PROGETTO DAL TITOLO “FROM THE ALPS TO THE CARPATHIANS – STRENGTHENING GOVERNANCE MODELS FOR SUSTAINABLE DEVELOPMENT OF MOUNTAIN AREAS IN CENTRAL EUROPE” E ACRONIMO CENTRAL MOUNTAINS - PROGRAMMA CENTRAL EUROPE 2021/2027 (CODICE PROGETTO: CE0100083; CODICE CUP: E87F23000080006)

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_), il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_), via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di:

* *(in caso di impresa/società*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.[[1]](#footnote-1) dell’impresa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[2]](#footnote-2) (di seguito Impresa) ed in qualità di candidato allo svolgimento delle attività di verifica ex art. 23 del Reg. (UE) 1299/2013 e art. 125 del Reg. (UE) 1303/2013
* *(in caso di controllore individuale)* candidato allo svolgimento delle attività di verifica ex art. 23 del Reg. (UE) 1299/2013 e art. 125 del Reg. (UE) 1303/201

relativamente al progetto dal titolo “FROM THE ALPS TO THE CARPATHIANS – STRENGTHENING GOVERNANCE MODELS FOR SUSTAINABLE DEVELOPMENT OF MOUNTAIN AREAS IN CENTRAL EUROPE” individuato con codice CE0100083 e acronimo CENTRAL MOUNTAINS nell’ambito del Programma Interreg CENTRAL EUROPE 2021/2027, di cui uno dei Beneficiari è individuato in Istituto di Sociologia Internazionale di Gorizia - ISIG, con ruolo di *Project Partner* (di seguito anche Beneficiario), consapevole della responsabilità cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o esibizione di atto falso o contenente dati non rispondenti a verità, di cui all’art. 76 del D.P.R. 445 del 28/12/2000

**DICHIARA**

* che i soggetti che saranno incaricati al controllo di primo livello sono i seguenti:

|  |  |
| --- | --- |
| Nomi degli incaricati del controllo |  |
| Qualifica  |  |
| Divisione/Unità/Dipartimento |  |
| Organizzazione |   |
| Indirizzo  |  |
| Numero di telefono |  |
| E-mail |  |

**OFFRE**

Per lo svolgimento di 6 attività di controllo e verifica delle spese sostenute dal Beneficiario (di cui almeno una in loco)

* Prezzo offerto in cifre: € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Prezzo offerto in lettere: Euro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In fede

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

*Allegati:*

* *qualora la presente dichiarazione non sia firmata digitalmente, si allega, ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. 445/2000 copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del/dei sottoscrittore/i in corso di validità;*
1. Titolare, amministratore o legale rappresentante dell’impresa incaricata dei controlli [↑](#footnote-ref-1)
2. Denominazione dell’impresa [↑](#footnote-ref-2)