**PROGRAMA UniSalut 2024**

**MODALITAT DE SUPORT PER AL DESENVOLUPAMENT DE PROJECTES D'INNOVACIÓ (PI) 2024**

**DECLARACIÓ D'INTERÈS EMPRESARIAL**

**TÍTOL DEL PROJECTE D'INNOVACIÓ:**

**ACRÒNIM:**

**SUBPROGRAMA: Trieu un subprograma**

|  |  |
| --- | --- |
| **Investigador/a Principal UNIVERSITAT** | **Investigador/a Principal HOSPITAL** |
| Nom: Departament/Centre/Institut: | Nom: DS/centre:  |

Entitat/Societat o Empresa interessada (Incloeu el Número d'Identificació Fiscal):

Interès en els resultats del projecte:

Relació anterior o actual amb l'entitat sol·licitant:

Aportació No econòmica al desenvolupament del projecte indicant l'execució de les tasques a realitzar:

Aportació de recursos econòmics al projecte: SI [ ]  NO [ ]  …….Import:

El que comunique a la Comissió de Seguiment als efectes oportuns.

Signatura del Representant Legal de l'Entitat/Societat o Empresa interessada

 …………………, …. de……………. de 2024