**MODULO DI DOMANDA**

**ALLA CAMERA DI COMMERCIO DI PISA**

Il/La sottoscritto/a:

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome: | Nome: |
| Cod. fiscale: | |

*In qualità di:*

Titolare/Legale rappresentante dell’impresa

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione: | |
| Dati impresa: | Cod.fiscale: |

**CHIEDE**

**-** di beneficiare del contributo in oggetto per la realizzazione del seguente programma di investimenti *(selezionare spuntando il quadratino a sinistra della misura scelta):*

□ Sistema di gestione per la qualità secondo la norma UNI EN ISO 9001;

□ Sistema di gestione della sicurezza e della salute dei lavoratori secondo le norme ISO 45001;

□ Sistema di Gestione per la Sicurezza delle Informazioni secondo la norma UNI EN ISO/IEC 27001

□ Sistema di gestione ambientale secondo la norma UNI EN ISO 14001;

□ Sistema di gestione della responsabilità sociale secondo la norma S.A. 8000;

□ Sistema di gestione dell’energia secondo la norma ISO 50001;

□ Accreditamento S.O.A.

□ Sistema di gestione ambientale secondo la norma UNI ISO 14064:2019 e UNI ISO/TS 14067;

□ Implementazione della Marcatura CE;

□ Certificazione di conformità con riferimento alla norma Regolamenti (CE) n. 303/2008, n. 304/2008, n.305/2008 e n. 306/2008 e DPR. 43/2012

□ Certificazione BRS (Global Standard for Food Safety)

□ Certificazione IFS (International Food Standard)

□ Certificazione UNI CEI 11352:2014

□ Certificazioni riconosciute dalla Fondazione ZDHC come indicatori di conformità alla ZDHC Manufacturing Restricted Substances List (ZDHC MRSL) (elenco disponibile al link <https://www.roadmaptozero.com/input#Indicators>)

□ Certificazione Leather Working Group (LWG) con un rating pari almeno al livello Bronzo

□ Certificazione di conformità con riferimento alla norma Regolamenti UE 425/2016 relativo ai Dispositivi di Protezione Individuale e Direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici e successivo Regolamento EU745/2017 e prove di laboratorio da eseguirsi secondo norme:

- “UNI EN 149:2009“ Dispositivi di protezione delle vie respiratorie – Semimaschere filtranti antipolvere – Requisiti, prove, marcatura”;

- “UNI EN 14683:2019“ Maschere facciali ad uso medico – Requisiti e metodi di prova”;

- “UNI EN 10993 parte I: 2010” Valutazione biologica dei dispositivi medici - Parte 1: Valutazione e prove all'interno di un processo di gestione del rischio

**-** di beneficiare del contributo in oggetto relativamente ai seguenti costi:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Prev/ Fatt** | **Data Prev/Fatt** | **N. Prev/Fatt** | **Fornitore** | **Tipologia di spesa: descrizione** | **Importo Euro**  **(al netto di IVA)** | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
|  |  |  | Totale spese | | |  | |
|  |  |  | **Totale Contributo richiesto**  **(50% del totale spese AMMISSIBILI)** | | |  | |

*(\*) compilare nel caso di progetto di investimento già concluso per il quale si richiede l’erogazione del voucher*

**DICHIARA**

**(dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà – art. 47 DPR 28.12.2000 n. 445)**

* Di aver preso visione e compreso il “**Bando per la concessione di voucher alle imprese per l’adozione di sistemi di gestione certificati”** in breve “**Bando Certificazioni 2020;**
* Che l’impresa non è sottoposta a liquidazione e/o a procedure concorsuali quali fallimento, amministrazione controllata, amministrazione straordinaria, concordato preventivo, liquidazione coatta amministrativa, scioglimento volontario, piano di ristrutturazione dei debiti, alla data del 31 dicembre 2019;
* di essere consapevole che il seguente indirizzo PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, già indicato nell’anagrafica della domanda telematica WebTelemaco costituisce domicilio speciale ai fini della procedura e tramite cui verranno pertanto gestite tutte le comunicazioni successive all’invio della domanda;
* di non avere in corso contratti di fornitura di servizi, anche a titolo gratuito, con la Camera  
  di Commercio di Pisa, ai sensi dell’articolo 4, comma 6 del D.L. 6/7/2012, n. 95 (convertito nella L. 7/8/2012, n. 135);
* **che per gli stessi beni e servizi per i quali si richiede il voucher di cui al presente bando:**

☐ non sono stati richieste altre agevolazioni, che unitamente alla presente superano il costo ammissibile del bene e servizio

☐ sono state richieste altre agevolazioni di cui ai regolamenti de minimis o concessi ai sensi di un regolamento di esenzione, MA **a condizione che siano rispettate le disposizioni e le norme relative al cumulo previste da tali regolamenti.**

**DICHIARA,** altresì, a fini fiscali per l’applicazione della ritenuta fiscale del 4%:

☐ di esercitare attività commerciale per il reddito definito dall'Art. 55 D.P.R. 22.12.1986 n. 917;

☐ di non esercitare attività commerciale per il reddito definito dall’Art. 55 D.P.R. 22.12.1986 n. 917, ma attività agricola di cui all’Art. 32 o produttiva di reddito di fabbricati di cui all’Art. 36 del sopracitato D.P.R.

**DICHIARA,** al fine di ottemperare a quanto disposto dall’Art. 3, comma 7 L. 136/2010, di avvalersi del seguente **conto corrente dedicato** per tutte le commesse pubbliche o concessioni di finanziamenti della Camera di Commercio di Pisa:

**Codice IBAN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Codici di riscontro: ABI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CIN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Acceso presso Banca (Denominazione completa)/Poste Italiane\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Filiale di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Agenzia n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

n. civico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA,** inoltre, i dati identificativi delle persone fisiche delegate ad operare sul conto suddetto:

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RICHIEDE**

la liquidazione del contributo calcolata sull’importo iva inclusa dei documenti di spesa (solo in caso di impresa soggetta a regime fiscale con iva a costo)

**☐ NO ☐ SI**

**ALLEGA**

* Preventivi/fatture. Allegare i documenti di spesa per i progetti completati
* Eventuale Allegato 2 - Procura per la gestione della domanda da soggetto diverso da legale rappresentate

DA **FIRMARE DIGITALMENTE** A CURA DEL RICHIEDENTE LA DOMANDA CON FRMA AUTOGRAFA SARÀ CONSIDERATA INAMMISSIBILE AI SENSI DELL’ART. 9 PUNTO 3 DEL BANDO.