



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TURISMU, ARTESANIA E COMMERTZIU
ASSESSORATO DEL TURISMO, ARTIGIANATO E COMMERCIO

ALLEGATO A)

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

FIERA Borsa Mediterranea del Turismo BMT – NAPOLI 14/16 MARZO 2024

Spett. Regione Autonoma della Sardegna

Assessorato del Turismo, Artigianato e Commercio

Servizio Marketing e Comunicazione

tur.marketing@pec.regione.sardegna.it

Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà - art. 47 D.P.R. 445/2000

I CAMPI IN ROSSO DEVONO ESSERE COMPILATI O SPUNTATI OBBLIGATORIAMENTE

Il sottoscritto nato a

il residente in

Codice Fiscale in qualità di legale rappresentante dell'Impresa

Sede legale: Comune Prov. Cap

Via Sede operativa in Sardegna (se diversa dalla

sede legale): Comune Prov. Cap

Via Tel

PEC

Sito Web

e-mail



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TURISMU, ARTESANIA E COMMERTZIU
ASSESSORATO DEL TURISMO, ARTIGIANATO E COMMERCIO

account Facebook

account Instagram

Codice fiscale

P. IVA

Iscrizione Registro Imprese n.

presso CCIAA di

Attività svolta

Nome della struttura (se diversa dalla denominazione dell'impresa)

Tipologia (art. 2 dell'Avviso)

Persona delegata a partecipare a **BMT NAPOLI 2024 presso lo stand RAS** (*inserire un solo nominativo*):

Ruolo nell'impresa

cell.

mail personale

Eventuale seconda persona delegata alla partecipazione ai workshop (*inserire un solo nominativo*):

Ruolo nell'impresa

cell.

mail personale

Denominazione esatta della società da riportare nell'eventuale agenda, nella cartellonistica del modulo espositivo, nella segnaletica dello stand e nel materiale promo-pubblicitario

mail da riportare nell'eventuale agenda

telefono da riportare nell'eventuale agenda



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TURISMU, ARTESANIA E COMMERTZIU
ASSESSORATO DEL TURISMO, ARTIGIANATO E COMMERCIO

chiede di partecipare alla FIERA BMT che si terrà a NAPOLI dal 14 AL 16 MARZO 2024

CHIEDE IN PARTICOLARE DI ESSERE ISCRITTO AL/AI SEGUENTE/I WORKSHOP

- ☐ WORKSHOP INCOMING
- ☐ WORKSHOP TERME, BENESSERE & VACANZA ATTIVA
- ☐ WORKSHOP INCENTIVE & CONGRESSI
- ☐ WORKSHOP TURISMO SOCIALE

consapevole delle sanzioni penali, nei casi di dichiarazione non veritiera, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000, e che la falsa dichiarazione comporta la decadenza dai benefici previsti dall'intervento camerale sopra richiamato (art. 75 DPR 445/2000),

DICHIARA

- ☒ di aver letto le condizioni contenute nell'Avviso, di approvarle ed accettarle integralmente e senza riserve;
- ☒ di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali - Art. 11) dell'Avviso - e di rispettarne il contenuto. In particolare autorizza la comunicazione dei dati inseriti nella presente domanda di partecipazione ad Unioncamere e ai soggetti organizzatori della manifestazione fieristica **BMT NAPOLI 2024** ai fini dell'inserimento dati a catalogo.
- ☐ di autorizzare l'utilizzo da parte della Regione Autonoma della Sardegna degli indirizzi e-mail e pec indicati nella presente domanda di partecipazione ai fini dell'invio di informative inerenti iniziative di questo Assessorato ai sensi del GDPR 679/2016;
- ☒ di possedere, **per la specifica categoria sopra indicata**, i requisiti previsti dall'Avviso;
- ☒ di essere qualificata ai sensi della normativa vigente come (*selezionare UNA delle caselle sottostanti*):

- ☐ Micro impresa
- ☐ Piccola impresa
- ☐ Media impresa
- ☐ Grande impresa

Che l'esercizio finanziario (anno fiscale) dell'impresa inizia il

e termina il

SELEZIONARE OBBLIGATORIAMENTE UNA DELLE SEGUENTI DUE OPZIONI

☐ che l'impresa rappresentata **non ha beneficiato** di contributi pubblici concessi in regime "de minimis" (Regolamento UE n. 2023/2831) sino alla data della presente dichiarazione
oppure

☐ che l'impresa rappresentata ha beneficiato, negli ultimi tre anni, di contributi pubblici di natura "de minimis" per un ammontare di euro

INSERIRE OBBLIGATORIAMENTE NEL SEGUENTE CAMPO L'IMPORTO DEI CONTRIBUTI PERCEPITI SE E' STATA SPUNTATA L'OPZIONE CHE L'IMPRESA RAPPRESENTATA HA BENEFICIATO.....



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TURISMU, ARTESANIA E COMMERTZIU
ASSESSORATO DEL TURISMO, ARTIGIANATO E COMMERCIO

inferiore all'importo massimo di aiuti pubblici "de minimis" pari a euro 300.000,00 nell'arco di tre anni.

☐ Di voler partecipare all'iniziativa senza beneficiare del contributo "de minimis" provvedendo al pagamento della "Quota intera di partecipazione" (qualora ammesso) come indicata nell'art. 6 dell'Avviso.

DICHIARA INOLTRE

☒ di non trovarsi in una situazione di impresa in difficoltà come definita dal Regolamento (UE) n. 651/2014;

SELEZIONARE OBBLIGATORIAMENTE UNA DELLE SEGUENTI DUE OPZIONI

☐ che l'impresa non è controllata né controlla, direttamente o indirettamente altre imprese

☐ oppure:

SE E' STATA SELEZIONATA L'OPZIONE "OPPURE" SPUNTARE LA CASELLA "CHE L'IMPRESA CONTROLLA" (e compilare le relative anagrafiche imprese controllate) O/E "CHE L'IMPRESA E' CONTROLLATA" (e compilare le relative anagrafiche imprese che esercitano il controllo sulla richiedente)

☐ che l'impresa controlla, anche indirettamente, le imprese seguenti aventi sede legale in Italia, per ciascuna delle quali presenta la dichiarazione di cui all'Allegato B (qualora le imprese da indicare siano superiori a 3 allegare alla presente domanda specifico elenco redatto, per ciascuna impresa, secondo lo schema sotto riportato):

Anagrafica impresa controllata 1

Denominazione/Ragione Sociale dell'impresa

Forma giuridica Sede legale: Comune

CAP Via N. Prov.

Dati dell'impresa Codice Fiscale P.IVA

Anagrafica impresa controllata 2

Denominazione/Ragione Sociale dell'impresa

Forma giuridica Sede legale: Comune

CAP Via N. Prov.



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TURISMU, ARTESANIA E COMMERTZIU
ASSESSORATO DEL TURISMO, ARTIGIANATO E COMMERCIO

Dati dell'impresa Codice Fiscale P. IVA

Anagrafica impresa controllata 3

Denominazione/Ragione Sociale dell'impresa

Forma giuridica Sede legale: Comune

CAP Via N. Prov.

Dati dell'impresa Codice Fiscale P. IVA

☐ Che l'impresa è controllata, anche indirettamente, dalle imprese seguenti aventi sede legale o unità operativa in Italia, per ciascuna delle quali presenta la dichiarazione di cui all'Allegato B (*qualora le imprese da indicare siano superiori a 3 allegare alla presente domanda specifico elenco redatto, per ciascuna impresa, secondo lo schema sotto riportato*):

Anagrafica impresa 1 che esercita il controllo sulla richiedente

Denominazione/Ragione Sociale dell'impresa

Forma giuridica Sede legale: Comune

CAP Via N. Prov.

Dati dell'impresa Codice Fiscale P. IVA

Anagrafica impresa 2 che esercita il controllo sulla richiedente

Denominazione/Ragione Sociale dell'impresa

Forma giuridica Sede legale: Comune

CAP Via N. Prov.

Dati dell'impresa Codice Fiscale P. IVA



REGIONE AUTÓNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ASSESSORADU DE SU TURISMU, ARTESANIA E COMMERTZIU
ASSESSORATO DEL TURISMO, ARTIGIANATO E COMMERCIO

Anagrafica impresa 3 che esercita il controllo sulla richiedente

Denominazione/Ragione Sociale dell'impresa

Forma giuridica Sede legale: Comune

CAP Via N. Prov.

Dati dell'impresa Codice Fiscale P. IVA

Data

FIRMA DIGITALE
DEL LEGALE RAPPRESENTANTE