**ALLEGATO 1 DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**** 

**CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE**

**AREA TERRITORIALE DI RICERCA DI BOLOGNA**

**Iniziativa Acceleratori di Innovazione**

**MANIFESTAZIONE D’INTERESSE PER L’UTILIZZO DELLE STRUTTURE E DEI SERVIZI CONNESSI AL TRASFERIMENTO TECNOLOGICO**

**CNR AREA TERRITORIALE DI RICERCA VIA GOBETTI 101 BOLOGNA**

Al Consiglio Nazionale delle Ricerche

Area Territoriale di Ricerca di Bologna

Via P. Gobetti, 101

40129 BOLOGNA

PEC [protocollo.adrbo@pec.cnr.it](mailto:protocollo.adrbo@pec.cnr.it)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |  | | | | |
| Nato/a il |  | A |  | | |
| Codice Fiscale |  | | | | |
| Residente a |  | Prov/Stato |  | | |
| Via |  | N° |  | | |
| In qualità di |  | | | | |
| Autorizzato a rappresentare legalmente l’impresa | | | | | |
| Denominazione |  | | | | |
| Sede legale a |  | Prov/Stato |  | | |
| Via |  | N° |  | | |
| Sede operativa a |  | Prov/Stato |  | | |
| Via |  | N° |  | | |
| Domicilio eletto a |  | Prov/Stato |  | | |
| Via |  | N° |  | CAP |  |
| Telefono |  | Telefax |  | | |
| PEC |  | E-mail |  | | |
| Codice Fiscale |  | Partita IVA |  | | |

Settore di appartenenza

☐ Biomedicale

☐ Meccatronica e motoristica

☐ Agroalimentare

☐ Materiali

☐ Ambiente

☐ ICT

☐ Energia

☐ Altro (specificare)

pienamente consapevole della responsabilità penale cui va incontro, ai sensi e per gli effetti dell’art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, in caso di dichiarazioni mendaci o di formazione, esibizione o uso di atti falsi ovvero di atti contenenti dati non più rispondenti a verità

**DICHIARA**

ai sensi del D.P.R. 445/2000 che fatti, stati e qualità riportati nei successivi paragrafi corrispondono a verità.

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI (art. 46, D.P.R. 445/2000) attestanti:** |

1. che l’impresa è iscritta nel registro delle imprese della Camera di Commercio di …………………………..……… per la/le seguente/i attività:

………….…..…………..………..……………………………………………………………………………………………………..………

…………………………………….……………………………………………………….....………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

e che i dati dell’iscrizione sono i seguenti (per le imprese con sede in uno stato straniero indicare i dati di iscrizione nell’albo o nella lista ufficiale dello Stato di appartenenza)

* Numero di iscrizione……………………………………
* Data di iscrizione………………………….. durata/termine…………………….
* Forma giuridica……………………………………….
* Sede……………………
* Codice fiscale………………………….. Partita IVA……………………………………

Che i soggetti attualmente in ***carica*** sono:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome e Cognome |  | | |
| Cariche e poteri |  | | |
| Nato/a il |  | A |  |
| Codice Fiscale |  | | |
| Residente a |  | Prov/Stato |  |
| Via |  | N° |  |
| In carica dal |  | Durata |  |
| ***(Eventuale)*** Cessato il |  | | |

1. di non trovarsi in stato di fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo, amministrazione straordinaria o in corso di procedimento per la dichiarazione di una di tali situazioni;
2. che non sussistono le cause di esclusione di cui all’art. 1-bis comma 14 della Legge 18 ottobre 2001, n. 383 (“Piani individuali di emersione del lavoro sommerso e di rapporti di lavoro a tempo parziale”);
3. che non sussistono le cause di esclusione di cui all’art. 53, comma 16-ter del D. Lgs. 30 marzo 2001 n. 165 introdotto dall’art. 1, comma 42, lettera l) della Legge 190/2012 (Legge “Anticorruzione”);
4. che l’impresa non ha commesso gravi violazioni definitivamente accertate rispetto agli obblighi relativi al pagamento di imposte e tasse, secondo la legislazione italiana o dello Stato in è stabilita e che l’ufficio/sede dell’Agenzia delle Entrate territorialmente competente (in base al domicilio fiscale) ai fini della verifica del rispetto degli obblighi relativi al pagamento delle imposte e tasse, secondo la legislazione italiana o quella dello Stato in cui è stabilito:

|  |  |
| --- | --- |
| **Agenzia delle Entrate** | |
| Denominazione Ufficio |  |
| Indirizzo |  |
| Città (CAP) |  |
| Posta elettronica certificata |  |
| Telefono |  |

1. che l’impresa non ha commesso violazioni gravi definitivamente accertate alle norme in materia di contributi previdenziali ed assistenziali, secondo la legislazione Italiana o dello Stato in cui è stabilita e che i dati relativi alle iscrizioni agli enti INPS e INAIL, ai fini della verifica del rispetto degli obblighi relativi alle norme in materia di contributi previdenziali e assistenziali, secondo la legislazione italiana o dello Stato in cui è stabilito, sono i seguenti:

|  |  |
| --- | --- |
| **INPS** | |
| Sede territorialmente competente |  |
| Città (CAP) |  |
| Matricola azienda |  |
| Telefono |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INAIL** | |
| Sede territorialmente competente |  |
| Città (CAP) |  |
| PAT |  |
| CCNL |  |

1. che l’impresa non ha violato il divieto di intestazione fiduciaria posto dall’articolo 17 della legge 19 marzo 1990, n. 55;
2. che l’impresa non ha commesso gravi infrazioni debitamente accertate alle norme in materia di sicurezza ed ogni altro obbligo derivante dai rapporti di lavoro;
3. che nei confronti dell’impresa non è stata applicata la sanzione interdittiva, di cui all’art.9 comma 2 lettera c) del D.lgs. 231/2001 o altra sanzione che comporta il divieto di stipulare contratti con la pubblica amministrazione compresi i provvedimenti interdittivi di cui all’art. 36 bis comma 1 legge 248/2006;
4. di applicare ai propri addetti (e se Cooperative anche verso i soci), i contenuti economico-normativi della contrattazione nazionale di settore e di obbligarsi ad applicare integralmente tutte le norme dei contratti collettivi di lavoro di categoria nazionali e locali vigenti nonché eventuali modificazioni future;
5. d’impegnarsi a stipulare, in caso di accoglimento della domanda ed entro la stipula del contratto, idonea polizza assicurativa idonea copertura assicurativa contro i rischi verso terzi con massimale non inferiore a € 500.000,00 (cinquecentomila/00);
6. di essere consapevole che il CNR potrà procedere ai controlli sulla veridicità delle dichiarazioni. Qualora dal controllo emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante, oltre alle responsabilità e alle sanzioni penali previste per legge, decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;
7. non trovarsi in alcuna delle situazioni di inconferibilità e/o incompatibilità previste dal D.Lgs. n. 39/2013;
8. non trovarsi in situazione di conflitto di interessi;
9. di essere edotto degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento adottato dalla stazione appaltante con Delibera CdA n° 137 del 17/10/2017 reperibile all’indirizzo http://www.urp.cnr.it/copertine/ente/ente\_normativa/proc\_disciplinare/Circolare\_25\_2017\_codice\_di\_comportamento.pdf e si impegna, in caso di stipula del contratto, ad osservare e a far osservare ai propri dipendenti e collaboratori, per quanto applicabile, il suddetto codice, pena la risoluzione del contratto.

Si allegano alla presente la seguente documentazione:

* fotocopia del documento di identità personale del titolare dell’impresa ovvero del rappresentante legale della stessa;
* nel caso di consorzio, la dichiarazione sottoscritta dal legale rappresentante, con indicazione dei consorziati per i quali il consorzio presenta la domanda;
* visura camerale aggiornata;
* bilanci ultimi tre esercizi approvati
* descrizione progetto innovativo

Luogo, data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Timbro, firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_