

## **DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL BANDO DI SELEZIONE DELLE PMI PER L'ACCESSO AL SERVIZIO DI CHECK- UP SCIENTIFICO-TECNOLOGICO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_  
in qualità di rappresentante legale della ditta individuale/società/cooperativa/consorzio/associazione  
\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

iscritta al Registro delle Imprese della Camera di Commercio Industria Artigianato Agricoltura di Matera al nr.  
\_\_\_\_\_, in regola con il pagamento del Diritto Annuale per gli anni 2005 e  
precedenti

### **CHIEDE**

di partecipare alla selezione per l'accesso al servizio di check-up scientifico-tecnologico relativo a **8** interventi consulenziali finalizzati all'innalzamento dell'innovazione tecnologica nelle Piccole e Medie Imprese, secondo quanto contenuto dal bando pubblico del "**L'innovazione tecnologica e trasferimento tecnologico alle PMI**" – Anno 2005.

Alla presente allega

1. dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi degli artt. 19, 46 e 47 D.P.R. 445/2000, corredata di un documento d'identità in corso di validità (obbligatorio)
2. curriculum vitae della società o professionista che provvederà all'approfondimento del check-up individuato da cui si evince il possesso dei requisiti richiesti dall'avviso per l'effettuazione del check-up, ovvero: conoscenza delle tecnologie utilizzate nelle fasi di produzione dall'impresa; svolgimento dell'attività da almeno 3 anni e maturazione di una concreta esperienza attestata dall'esecuzione di un numero significativo di studi aventi caratteristiche analoghe a quelle richieste dal bando; indicazione di almeno due referenze di aziende per le quali si è svolto un intervento analogo (obbligatorio).

### **COMUNICA**

- a) il nominativo del responsabile del progetto e/o referente all'interno dell'azienda (obbligatorio)

Cognome e nome \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

- b) il settore per il quale si richiede il servizio di check-up scientifico-tecnologico (obbligatorio)

\_\_\_\_\_

- c) il nominativo della società o professionista che provvederà alla realizzazione del check-up (obbligatorio)

Società \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma