*Modello da compilare da parte dell’impresa*

***Allegato I* - Modulo di manifestazione di interesse**

**Modello da compilare da parte dell’impresa: firmarlo digitalmente o in maniera olografica** (in tal caso, **allegando copia di un documento valido di identità**) e trasmetterlo alla PEC indicata di seguito:

Lazio Innova

Pec: [internazionalizzazione@pec.lazioinnova.it](mailto:internazionalizzazione@pec.lazioinnova.it)

**Oggetto: Manifestazione di interesse per la partecipazione WelFair – La Fiera del Fare Sanità 4-7 novembre 2025.**

Il sottoscritto/la sottoscritta:

|  |  |
| --- | --- |
| Nome e cognome |  |
| Data di nascita |  |
| Luogo di nascita |  |
| Provincia |  |
| Luogo di residenza |  |
| Provincia |  |
| Indirizzo di residenza |  |

**In qualità di titolare/legale rappresentante dell’impresa**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione dell’impresa |  |

☐ in forma singola operante nel settore/categoria merceologica: (*barrare la casella che interessa***)**

* Medico
* Farmaceutico
* Parafarmaceutico
* Sociosanitario
* Nutrizionistico, Nutraceutico, Nutrigenomico
* Dermocosmetico
* Omeopatico
* Medtech e Biomedicale
* Domotica e Robotica
* Cybersecurity
* Apparecchiature elettromedicali
* Telemedicina e digital health
* Ausili e Medical device
* Health care
* Veterinario
* Terme e centri benessere
* Assistenza, care giving
* IT Insurance e finance
* Stampa Specializzata

|  |  |
| --- | --- |
| Denominata (*per insegna stand*) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Descrizione dell’attività |  |

☐ in forma associata, ovvero

☐ consorzio di imprese operanti nel settore/ categorie merceologiche: (*barrare la/le casella/e che interessa/no*)

* Medico
* Farmaceutico
* Parafarmaceutico
* Sociosanitario
* Nutrizionistico, Nutraceutico, Nutrigenomico
* Dermocosmetico
* Omeopatico
* Medtech e Biomedicale
* Domotica e Robotica
* Cybersecurity
* Apparecchiature elettromedicali
* Telemedicina e digital health
* Ausili e Medical device
* Health care
* Veterinario
* Terme e centri benessere
* Assistenza, care giving
* IT Insurance e finance
* Stampa Specializzata

☐ In qualità di impresa capofila dell’associazione/consorzio DENOMINATA/O:

|  |  |
| --- | --- |
| *inserire denominazione* |  |

Elenco delle altre imprese associate/consorziate:

|  |  |
| --- | --- |
| *1* |  |
| *2* |  |
| *3* |  |
| *n.* |  |

**A. DATI ANAGRAFICI RELATIVI AL SOGGETTO RICHIEDENTE**

**A1**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione giuridica del soggetto (*come da statuto*) |  |

**A2**

|  |  |
| --- | --- |
| Partita IVA |  |
| Codice Fiscale |  |

**A3. Sede legale**

|  |  |
| --- | --- |
| Indirizzo |  |
| C.A.P. |  |
| Comune |  |
| Provincia |  |
| Telefono |  |
| Fax |  |
| Sito web |  |
| Indirizzo Email |  |
| Indirizzo P.E.C. |  |

**A4. Sede operativa**

|  |  |
| --- | --- |
| Indirizzo |  |
| C.A.P. |  |
| Comune |  |
| Provincia |  |
| Telefono |  |
| Fax |  |
| Sito web |  |
| Indirizzo Email |  |

**A5.**

|  |  |
| --- | --- |
| Iscritto/a dal (*inserire data*) |  |
| al Registro delle Imprese di |  |
| Numero di iscrizione |  |
| Tenuto dalla Camera di Commercio di |  |
| Indirizzo, n. civico, C.A.P. |  |

**A6. Legale rappresentante**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Telefono |  |
| Fax |  |
| Email |  |

**A7. Referente/persona da contattare**

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Telefono |  |
| Fax |  |
| Email |  |

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità è consapevole che, ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l’uso di atti falsi (anche originali e copie autenticate) nei casi previsti dalla legge, sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

**A tal fine dichiara:**

* che l’attività dell’azienda/consorzio è coerente con il settore o i settori economici cui la manifestazione è rivolta;
* di essere MPMI, come classificate nell'Allegato I del Regolamento (UE) n. 651/2014, in forma singola o associata in Consorzi, Società Consortili o Reti di imprese con personalità giuridica (Reti-soggetto), definite ai sensi dei commi 4-ter e 4-quater dell'art. 3 del Decreto Legge n. 5 del 10 Febbraio 2009, convertito, con modificazioni, nella Legge n. 33 del 09 Aprile 2009 e ss.mm.ii., al momento della presentazione della manifestazione di interesse;
* di essere regolarmente iscritta nel Registro delle Imprese della C.C.I.A.A. competente per territorio;
* di avere almeno una sede operativa attiva nel Lazio;
* esercitare, in relazione alla sede laziale, un’attività economica coerente con il settore;
* di non essere beneficiaria di agevolazioni pubbliche relative alla partecipazione alla manifestazione fieristica in questione né di aver presentato domande di agevolazione per partecipare alla medesima manifestazione;
* non aver superato, negli ultimi tre anni, l’importo massimo di € 300.000,00 delle agevolazioni in regime “de minimis” ai sensi del Regolamento (UE) n. 2831 del 13 dicembre 2023 relativo all’applicazione degli articoli 107 e 108 del trattato sul funzionamento dell’Unione Europea agli aiuti “de minimis”;
* di essere nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, attiva e di non essere sottoposta né stata sottoposta, nei cinque anni precedenti, a procedure di liquidazione volontaria, liquidazione coatta, fallimento, concordato preventivo (ad eccezione del concordato preventivo con continuità aziendale) ed ogni altra procedura concorsuale né di avere in corso un procedimento per la dichiarazione di una delle suddette situazioni;
* di possedere capacità di contrarre ovvero non essere stata oggetto di sanzione interdittiva o altra sanzione che comporti il divieto di contrarre con la Pubblica Amministrazione;
* di non avere Amministratori e/o Legali Rappresentanti che siano stati condannati con sentenza passata in giudicato ovvero nei cui confronti sia stato emesso decreto penale di condanna divenuto irrevocabile o sentenza di applicazione della pena su richiesta, ai sensi dell’art. 444 c.p.p., per reati gravi in danno dello Stato o della Comunità che incidono sulla moralità professionale (è comunque causa di esclusione la condanna, con sentenza passata in giudicato, per reati di partecipazione ad un'organizzazione criminale, corruzione, frode, riciclaggio);
* di non avere Amministratori e/o Legali Rappresentanti che si siano resi colpevoli di false dichiarazioni nei rapporti con la Pubblica Amministrazione;
* di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali e assistenziali, accertabile mediante acquisizione del DURC, ovvero
* di non essere soggetti agli obblighi in materia di regolarità contributiva e, quindi, non essere tenuti all’iscrizione presso alcun Ente previdenziale o assistenziale

Tali dichiarazioni possono essere verificate così come stabilito dall’art. 71 comma 1 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, come modificato dall’art. 264 del D.L. 19 maggio 2020 n. 34, con applicazione, nel caso di dichiarazioni mendaci, della decadenza dai benefici e delle sanzioni penali, rispettivamente previste dagli artt. 75 e 76 del medesimo D.P.R., come da ultimo rese più severe per effetto del citato articolo 264.

**Informativa ai sensi del Regolamento Generale dei dati UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati**

Gli Enti organizzatori tratteranno le informazioni relative alla procedura in oggetto unicamente al fine di gestire il rapporto con il soggetto beneficiario ed ogni altra attività strumentale al perseguimento delle proprie finalità istituzionali. Ai sensi della normativa in vigore in materia di protezione dei dati di cui al DLgs. 196/2003 e s.m.i. Reg. UE 2016/679 gli Enti organizzatori informano che i dati forniti contenuti nella manifestazione di interesse e nei relativi allegati sono utilizzati esclusivamente per le finalità connesse alla gestione del procedimento.

Data

Il Legale Rappresentante