

**DOMANDA DI ACCESSO AI SERVIZI DEL POLO D'INNOVAZIONE DIGITALE
"Gate4Innovation"**

Spett.le

Oggetto: richiesta di accesso ai servizi di assessment della maturità digitale ed orientamento tecnologico erogati dal Polo d'Innovazione Digitale "Gate4Innovation" promosso da Confartigianato Imprese nell'ambito del PNRR, Missione 4 - Componente 2 - Investimento 2.3 "Potenziamento ed estensione tematica e territoriale dei centri di trasferimento tecnologico per segmenti di industria", finanziato dall'Unione europea - NextGenerationEU ai sensi del DM 10 Marzo 2023 - CUP B87H24002810001

Il/la sottoscritto/a:

nato/a: () il: cod. fiscale:

indirizzo mail: telefono:

in qualità di legale rappresentante della società:

con sede in via: n.: CAP: città: ()

partita IVA: operante nel settore:

codice ATECO (attività principale):

RICHIEDE

a quale soggetto esecutore, a livello provinciale di e regionale del/la delle attività previste dall'Avviso di manifestazione d'interesse da essa promosso, di poter fruire dei servizi di assessment della maturità digitale ed orientamento tecnologico ivi indicati e di finanziarne il relativo costo tramite le risorse messe a disposizione dal MIMIt e nei limiti stabiliti dal DM 10 Marzo 2023;

E DICHIARA

- di essere a conoscenza delle finalità dei servizi richiesti e consapevole della loro importanza ai fini dell'accrescimento delle capacità della società richiedente di intraprendere possibili percorsi di innovazione digitale utili ad incrementarne competitività e sostenibilità;
- di essere a conoscenza degli obblighi previsti dall'Avviso a carico delle imprese beneficiarie a pena di revoca delle agevolazioni concesse;
- che la società richiedente è in possesso delle caratteristiche e dei requisiti necessari previsti dall'Avviso;
- che la società rispetta le norme in materia di parità di genere;
- che la società richiedente ha adottato politiche per l'assunzione e la valorizzazione dei giovani e la non discriminazione generazionale;
- che la società richiedente favorisce l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità, ove applicabile.

Luogo e data:

Timbro e firma

.....