



Modelo de Solicitud de Participación en el Programa

Diagnóstico de Innovación Comercial

IMPORTANTE: PARA QUE EL EXPEDIENTE DE ESTA SOLICITUD PUEDA SER TRAMITADO, ES IMPRESCINDIBLE FIRMAR Y CUMPLIMENTAR DEBIDAMENTE TODOS SUS APARTADOS

La persona firmante deberá tener la condición de representante legal de la entidad

ACOMPañAR CON DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DEL SOLICITANTE:

- Certificado de la Agencia Estatal de la Administración Tributaria de estar al día en sus obligaciones***
(haciendo mención a la Ley General de Subvenciones)
- Certificado de la Seguridad Social de estar al día en sus obligaciones***
(haciendo mención a la Ley General de Subvenciones)
- Documento que acredite alta en alguno de los epígrafes de actividad del CNAE-2009, Grupo 47 o, alta en el IAE en los epígrafes 64, 65 ó 66***
- Declaración jurada del cumplimiento de las condiciones de participación (Anexo)***
- Persona física, -copia compulsada del DNI del solicitante.***
- Persona jurídica, copia compulsada de:***
 - DNI del firmante de la solicitud con poderes suficientes
 - Poderes de representación de la persona que firma la solicitud (la persona firmante deberá tener la condición de representante legal de la empresa)
 - Tarjeta de Identificación Fiscal de la empresa

Las solicitudes de participación y admisión de empresas para el Desarrollo de los Diagnósticos de Innovación Comercial del Plan de Comercio Minorista se realizará por estricto orden de registro de entrada.

Los comercios que hubieran participado en el Plan de Comercio con posterioridad a 31/12/2015 NO podrán participar nuevamente en el programa.

(A rellenar por el administrador o el tutor del Programa) Nombre y firma:

Solicitud de Participación en el Programa Diagnóstico de Innovación Comercial

Fecha de entrada de la solicitud	___ / ___ / 2017
Recibida por (nombre Completo):	Firma y/o sello de entrada

DATOS DEL SOLICITANTE			
NIF / CIF		<input type="radio"/> Persona Física <input type="radio"/> Persona Jurídica (especificar)	
Razón social / Nombre y apellidos			
Nombre comercial		Año de inicio de actividad	
Epígrafe de IAE (actividad principal)		Otros epígrafes (en su caso)	
Domicilio social			
Código postal		Localidad	
Provincia	Castellón	Correo Electrónico	
Página web (si existe)	<i>Campo NO obligatorio</i>		
Domicilio beneficiario del Programa	<i>En caso de ser diferente de domicilio social, indique calle/plaza, nº, municipio y CP.</i>		
Representante legal	<i>En caso de ser persona jurídica</i>		
Persona de contacto y dirección electrónica para notificaciones			
Nombre y Apellidos		Correo Electrónico	
Teléfono 1		Teléfono 2	

DATOS DE ACTIVIDAD DEL COMERCIO			
Volumen de facturación anual (último año)	<input type="radio"/> Menos de 30.000 €. <input type="radio"/> Entre 30.001 y 100.000 €. <input type="radio"/> Entre 100.001 y 300.000 €. <input type="radio"/> Más de 300.000 €.	Volumen de exportación anual (último año)	<input type="radio"/> Carece de actividad exportadora. <input type="radio"/> Menos de 30.000 €. <input type="radio"/> Entre 30.001 y 100.000 €. <input type="radio"/> Entre 100.001 y 300.000 €. <input type="radio"/> Más de 300.001 €.
Número de personas ocupadas (media anual)	<input type="radio"/> De 0 a 1 persona. <input type="radio"/> De 2 a 9 personas. <input type="radio"/> De 10 a 49 personas. <input type="radio"/> De 50 a 249 personas.	Porcentaje de mujeres en plantilla	<input type="radio"/> Menos del 25%. <input type="radio"/> Entre el 26% y el 50%. <input type="radio"/> Entre el 51% y el 75%. <input type="radio"/> Más del 75%.
Breve descripción de la actividad del comercio			
¿Posee alguna entidad que no sea PYME la propiedad o el control sobre más del 25% del capital de la empresa?			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA			
¿Ha obtenido el solicitante subvenciones procedentes de cualquier Administración o Ente público, nacional o internacional sujetas a normativa de <i>mínimis</i> que, acumuladas, superen los 200.000 euros en el último período de tres años?			<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
¿Conoce y está dispuesto el solicitante a cumplir las condiciones del Programa que se recogen en la convocatoria de participación?			<input type="radio"/> Sí, estoy de acuerdo
De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, doy mi consentimiento expreso para que los datos incluidos en este formulario electrónico sean tratados de acuerdo a lo establecido en el documento que rige esta convocatoria, documento que he leído y entiendo.			<input type="radio"/> Sí
La empresa autoriza a que, en caso de resultar seleccionada como participante de la actuación de Diagnósticos de Innovación Comercial, los datos relativos a la identidad (denominación social, CIF, y otros datos requeridos en la presente solicitud), nombre de las operaciones en que participe y cantidad de fondos públicos asignados, sean incluidos en una lista y publicados en los términos previstos en el artículo 115 del Reglamento (UE) 1303/2013 de la Comisión de 17 de diciembre de 2013, por la Cámara de Comercio de España así como cedidos, a los fines indicados, por esta entidad a la Dirección General de Fondos Comunitarios del Ministerio de Hacienda y Función Pública u otros organismos que éstas designen.			<input type="radio"/> Sí
La empresa autoriza a la Cámara de Comercio y a la Cámara de Comercio de España para que verifiquen la autenticidad de la información suministrada.			<input type="radio"/> Sí

De conformidad con los datos anteriormente expuestos,

..... representante de la Empresa....., con CIF y domicilio a efectos de notificaciones en, SOLICITO a la Cámara de Comercio de Castellón la participación en la actuación de Diagnóstico de Innovación Comercial incluida en el Plan de Comercio Minorista del “Programa Operativo de Crecimiento Inteligente FEDER 2014-20”.

Representante de la Empresa

Firma.....

[Nombre completo y firma del/la solicitante (o representante de la empresa)]

En _____, a _____ de _____ de 2017

IMPORTANTE: En caso de que su solicitud sea aprobada, deberá firmar un Convenio de Ejecución con la Cámara de Comercio. Para agilizar la preparación de la firma de dicho Convenio, son necesarios los siguientes datos:

Datos de la persona firmante del Convenio:

Nombre: _____

DNI nº: _____ Cargo: _____

Poderes de representación otorgados en escritura pública realizada ante el Notario del Ilustre Colegio de _____ Don/Doña _____ con número de protocolo _____ de fecha _____ de _____ de 2017 .

ANEXO: DECLARACIÓN JURADA DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS LEGALES PARA LA PARTICIPACION EN LA ACTUACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE INNOVACIÓN COMERCIAL DEL PLAN DE COMERCIO MINORISTA

D/DOÑA: con DNI. nº:
mayor de edad, en nombre y representación de
con CIF Nº y domicilio a efectos de notificaciones en
....., en su calidad de
..... declara que es concededor/a de las bases reguladoras de la convocatoria, que cumple con los requerimientos en las mismas señalados y acepta íntegramente su contenido

DECLARA BAJO JURAMENTO QUE:

- 1.- La empresa a la que representa no se encuentra incurso en ninguna de las prohibiciones a que hace referencia el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, o normativa aplicable en la materia propia de la Comunidad Autónoma correspondiente.
- 2.- Está dada de alta en alguno de los epígrafes de actividad del CNAE-2009, Grupo 47 o, que estén dadas de alta en el IAE en los epígrafes 64, 65 ó 66 (excluidas farmacias)
- 3.- Ser Pymes o autónomos (según la definición recogida en la Recomendación de la Comisión 2003/361/CE de 6 de mayo de 2003)
- 4.- Así mismo declara cumplir la norma de *minimis* según lo dispuesto en el Reglamento (UE) Nº 1407/2013, de la Comisión Europea, de 18 de diciembre de 2013, relativo a la aplicación de los artículos 107 y 108 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea a las ayudas de *minimis*.

Y para que conste, a los efectos oportunos, firma la presente declaración en
....., a..... de..... de 2017

Firma del representante legal
(sello de la empresa)