**ALLEGATO C1**

**MODELLO DI DICHIARAZIONE DEI REQUISITI DELLA PERSONA FISICA\***

**(art. 5, commi 3 e 4 dell’Allegato A alla DGR n. 1967 del 23.12.2019)**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL’ATTO DI NOTORIETÀ

(rilasciata ai sensi degli artt. 47 e 48 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_\_\_ in qualità di:

*(barrare una delle seguenti opzioni)*

[ ]  dipendente

[ ]  collaboratore / consulente

[ ]  socio

[ ]  altro (specificare)\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dell’impresa\*\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede legale nel comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_\_\_, C.F./P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, la quale è impresa fornitrice del servizio specialistico richiesto dall’impresa / consorzio / società consortile / società cooperativa / contratto di “rete soggetto” \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nell’ambito del “Bando per il sostegno all’acquisto di servizi per l’internazionalizzazione da parte delle PMI” approvato con DGR n. 1967 del 23 dicembre 2019:

*(barrare il solo servizio richiesto)*

|  |  |
| --- | --- |
| **AREA DI SERVIZIO** | **TIPOLOGIA DI SERVIZI SPECIALISTICI** |
| ***A. PROMOZIONALE*** | *A.1.* | [ ]  *PIANIFICAZIONE PROMOZIONALE* |
| ***B. STRATEGICA*** | *B.1.* | [ ]  *PIANIFICAZIONE STRATEGICA*  |
| *B.2.* | [ ]  *SUPPORTO NORMATIVO E CONTRATTUALE* |
| ***C. ORGANIZZATIVA*** | *C.1.* | [ ]  *AFFIANCAMENTO SPECIALISTICO (Temporary Export Manager – TEM)* |

consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**

*(barrare una delle seguenti opzioni)*

[ ]  di aver maturato almeno 3 anni di esperienza nella prestazione del servizio sopra indicato, appartenente all’area di servizio “A. Promozionale” oppure “B. Strategica”, come risultante dalle esperienze curriculari di seguito riportate:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROG.****N.** | **DURATA DEL SERVIZIO PRESTATO****(gg/mm/aaaa)** | **DENOMINAZIONE DEL FORNITORE** | **DENOMINAZIONE DEL CLIENTE** |
| **DAL** | **AL** | (IMPRESA) | (IMPRESA) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PROG.****N.** | **DESCRIZIONE DEL SERVIZIO SVOLTO** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| … |  |

[ ]  di aver maturato almeno 3 anni di esperienza nel ruolo specifico di *Temporary Export Manager* (TEM), di cui all’area di servizio “C. Organizzativa”, come risultante dalle esperienze curriculari di seguito riportate:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROG.****N.** | **DURATA DEL RAPPORTO TEM** **(gg/mm/aaaa)** | **DENOMINAZIONE DEL FORNITORE** | **DENOMINAZIONE DEL CLIENTE** |
| **DAL** | **AL** | (IMPRESA) | (IMPRESA) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PROG.****N.** | **DESCRIZIONE DELLE MANSIONI SVOLTE IN QUALITA’ DI TEMPORARY EXPORT MANAGER** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| … |  |

Competenze linguistiche possedute dal Temporary Export Manager (rif. Modello di CV “Europass”)

|  |  |
| --- | --- |
| **LINGUA MADRE** |  |
|  |  |
| **LINGUA****STRANIERA** | **COMPRENSIONE** | **PARLATO** | **PRODUZIONE SCRITTA** |
| **Ascolto** | **Lettura** | **Interazione** | **Produzione orale** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Livelli: A1 e A2: Utente base - B1 e B2: Utente autonomo - C1 e C2: Utente avanzato**

Per ulteriori informazioni: [Quadro Comune Europeo di Riferimento delle Lingue](http://europass.cedefop.europa.eu/it/resources/european-language-levels-cefr)

<https://europass.cedefop.europa.eu/sites/default/files/cefr-it.pdf>

[ ]  di aver maturato almeno 5 anni di esperienza nel ruolo specifico di *International Business Development Manager*, di cui all’area di servizio “C. Organizzativa”, come risultante dalle esperienze curriculari di seguito riportate:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROG.****N.** | **DURATA DEL RAPPORTO** **DI MANAGEMENT****(gg/mm/aaaa)** | **DENOMINAZIONE DEL FORNITORE** | **DENOMINAZIONE DEL CLIENTE** |
| **DAL** | **AL** | (IMPRESA) | (IMPRESA) |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **PROG.****N.** | **DESCRIZIONE DELLE MANSIONI SVOLTE IN QUALITA’ DI INTERNATIONAL BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER** |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| … |  |

Competenze linguistiche possedute dal Temporary Export Manager (rif. Modello di CV “Europass”)

|  |  |
| --- | --- |
| **LINGUA MADRE** |  |
|  |  |
| **LINGUA****STRANIERA** | **COMPRENSIONE** | **PARLATO** | **PRODUZIONE SCRITTA** |
| **Ascolto** | **Lettura** | **Interazione** | **Produzione orale** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Livelli: A1 e A2: Utente base - B1 e B2: Utente autonomo - C1 e C2: Utente avanzato**

Per ulteriori informazioni: [Quadro Comune Europeo di Riferimento delle Lingue](http://europass.cedefop.europa.eu/it/resources/european-language-levels-cefr)

<https://europass.cedefop.europa.eu/sites/default/files/cefr-it.pdf>

**AUTORIZZA**

la Regione Veneto, anche per il tramite di AVEPA, ad effettuare presso la sede dell’impresa fornitrice tutte le indagini tecniche ed amministrative ritenute necessarie sia nella fase istruttoria che nei tre anni successivi all’eventuale pagamento del sostegno a favore del beneficiario.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In caso di firma olografa, allegare documento d’identità in corso di validità.**