

## Anexo I a Convocatoria

### Modelo de Solicitud de Participación de comercios en el Programa de 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**

**Los campos marcados con asterisco (\*) son de cumplimentación obligatoria**

#### ACOMPañAR CON DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DEL SOLICITANTE:

- ☐ **Declaración responsable del cumplimiento de las condiciones de participación \* (Anexo)**
- ☐ **Documento que acredite alta en alguno de los epígrafes de actividad del CNAE-2009 Grupo 47 o del alta en el IAE en alguno de los siguientes epígrafes (64 ó 65 ó 66) \***
- ☐ **Persona física, copia del DNI del solicitante \***
- ☐ **Persona jurídica, copia de:**
  - **DNI del firmante de la solicitud con poderes suficientes \***
  - **Poder 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 \***

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

|                                                                            |                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| Fecha y hora de entrada de la solicitud: _____ / _____ / 20____, ____:____ |                                  |
| Recibida por (nombre Completo): _____                                      | Firma y/o sello de entrada _____ |

| DATOS DEL SOLICITANTE                                           |                                                                                                 |                                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| NIF / CIF *                                                     |                                                                                                 | <input type="radio"/> Persona Física<br><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 *                                                     |                                                                                                 | Correo Electrónico *                                                                                |  |
| Página web (si existe)                                          |                                                                                                 |                                                                                                     |  |
| Domicilio beneficiario del Programa                             | <i>En caso de ser diferente de domicilio social, indique calle o 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 *                                                      |                                                                                                 | Teléfono 2                                                                                          |  |

| DATOS DE ACTIVIDAD DE LA EMPRESA |                                                                                                                                             |                                                                                        |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Sector de actividad *            |                                                                                                                                             |                                                                                        |
| Comercio Minorista               | <input type="radio"/> Alimentación:<br><input type="radio"/> Salud, higiene y belleza:<br><input type="radio"/> Equipamiento de la persona: | <input type="radio"/> Equipamiento del hogar:<br><input type="radio"/> Ocio y cultura: |
| Oros (especificar)               |                                                                                                                                             |                                                                                        |

| <b>CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN</b>                                                                                                                                                               |                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>¿Conoce y está dispuesto el solicitante a cumplir las condiciones del Programa que se recogen en la convocatoria publicada y en sus anexos? *</b>                                              | <input type="radio"/> Sí, estoy de acuerdo.          |
| 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                             |
| La empresa autoriza a la Cámara de Comercio para que las comunicaciones referidas a esta convocatoria de ayudas se realicen a través de medios electrónicos, dirigidas a la persona responsable * | <input type="radio"/> Sí<br><input type="radio"/> No |

De conformidad con los datos anteriormente expuestos,

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_  
 representante de la Empresa \_\_\_\_\_  
 con CIF \_\_\_\_\_ y domicilio a efectos de notificaciones en \_\_\_\_\_

SOLICITO a la Cámara de Comercio de Alicante la participación en los Diagnósticos del Programa de Comercio dentro del "Programa Operativo Plurirregional de España FEDER 2014-2020".

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

Firma:

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_  
 Representante de la Empresa: \_\_\_\_\_

Los datos personales proporcionados con la finalidad de participar en los Diagnósticos del Programa de Comercio, dentro del "Programa Operativo Plurirregional de España – FEDER 2014-2020" serán tratados por Cámara de España y Cámara de Comercio en régimen de corresponsabilidad, siendo este tratamiento de datos necesario para la gestión de los Diagnósticos del Programa de Comercio. La finalidad de este tratamiento es posibilitar la ejecución, desarrollo, seguimiento gestión y control del Programa de Comercio, así como informarle del desarrollo y actividades realizadas en el marco del mismo. Conforme las bases del Programa las Cámaras deberán comunicar sus datos a los entes financiadores del Programa u otros organismos públicos intervinientes en la gestión de fondos con la finalidad de controlar la correcta asignación de fondos y fines estadísticos. Sus datos serán conservados por un plazo de 5 años tras la finalización del Programa con la finalidad de atender posibles responsabilidades derivadas de su participación en el mismo, salvo que fueran aplicables otros plazos. Las Cámaras podrán en base a su interés legítimo, verificar la información suministrada mediante, por ejemplo, la consulta de registros públicos.

En cumplimiento de lo previsto en el artículo 115 del Reglamento (UE) 1303/2013 de la Comisión de 17 de diciembre de 2013, los datos personales de todos los destinatarios que sean seleccionados, relativos a su identidad (denominación social, CIF y otros datos que figuren en la solicitud de participación en el Programa, así como nombre de las operaciones en que participe y cantidad de fondos públicos asignados, serán objeto de publicación en los términos previstos en el citado Reglamento, por la Dirección General de Fondos Europeos del Ministerio de Hacienda.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación u oposición, escribiendo a cualquiera de las Cámaras, a [info@camaralicante.com](mailto:info@camaralicante.com). Deberá incluir una copia de su documento de identidad o documento oficial análogo que le identifique. Si lo considera oportuno, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos.