



## 1. IMPRESA PROPONENTE (capofila del progetto)

RAGIONE SOCIALE
C.F. / P. IVA
INDIRIZZO SEDE LEGALE
INDIRIZZO UNITÀ OPERATIVA NELLA PROVINCIA DI PISTOIA (se diverso dalla sede legale)
TELEFONO
E-MAIL
PEC
LEGALE RAPPRESENTANTE
SETTORE DI ATTIVITÀ
FATTURATO ANNO 2019
NUMERO DIPENDENTI
NOMINATIVO DEL REFERENTE DEL PROGETTO
RUOLO RICOPERTO ALL'INTERNO DELL'IMPRESA PROPONENTE
TELEFONO / MOBILE
E-MAIL

In presenza di più imprese proponenti compilare la sezione **2. ALTRE IMPRESE** (compilare un box per ogni impresa presente). *L'impresa capofila è autorizzata a fornire i dati delle altre imprese come da delega sottoscritta in calce al presente modulo.*

## 2. ALTRE IMPRESE

<b>RAGIONE SOCIALE</b>
<b>C.F. / P. IVA</b>
<b>INDIRIZZO SEDE LEGALE</b>
<b>INDIRIZZO UNITÀ OPERATIVA NELLA PROVINCIA DI PISTOIA</b> (se diverso dalla sede legale)
<b>TELEFONO</b>
<b>E-MAIL</b>
<b>PEC</b>
<b>LEGALE RAPPRESENTANTE</b>
<b>SETTORE DI ATTIVITÀ</b>
<b>FATTURATO ANNO 2019</b>
<b>NUMERO DIPENDENTI</b>
<b>NOMINATIVO DEL REFERENTE DEL PROGETTO</b>
<b>RUOLO RICOPERTO ALL'INTERNO DELL'IMPRESA</b>
<b>TELEFONO / MOBILE</b>
<b>E-MAIL</b>

**RAGIONE SOCIALE**

**C.F. / P. IVA**

**INDIRIZZO  
SEDE LEGALE**

**INDIRIZZO  
UNITÀ OPERATIVA  
NELLA PROVINCIA  
DI PISTOIA**  
(se diverso dalla  
sede legale)

**TELEFONO**

**E-MAIL**

**PEC**

**LEGALE  
RAPPRESENTANTE**

**SETTORE DI  
ATTIVITÀ**

**FATTURATO  
ANNO 2019**

**NUMERO  
DIPENDENTI**

**NOMINATIVO DEL  
REFERENTE DEL  
PROGETTO**

**RUOLO RICOPERTO  
ALL'INTERNO  
DELL'IMPRESA**

**TELEFONO /  
MOBILE**

**E-MAIL**



FONDAZIONE  
CASSA DI RISPARMIO  
DI PISTOIA E PESCIA

# ricerca applicata e innovazione aziendale

BANDO **N.10/2022**

**ALLEGATO A 4**

**RAGIONE SOCIALE**

**C.F. / P. IVA**

**INDIRIZZO  
SEDE LEGALE**

**INDIRIZZO  
UNITÀ OPERATIVA  
NELLA PROVINCIA  
DI PISTOIA**  
(se diverso dalla  
sede legale)

**TELEFONO**

**E-MAIL**

**PEC**

**LEGALE  
RAPPRESENTANTE**

**SETTORE DI  
ATTIVITÀ**

**FATTURATO  
ANNO 2019**

**NUMERO  
DIPENDENTI**

**NOMINATIVO DEL  
REFERENTE DEL  
PROGETTO**

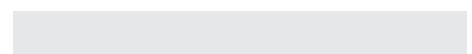
**RUOLO RICOPERTO  
ALL'INTERNO  
DELL'IMPRESA**

**TELEFONO /  
MOBILE**

**E-MAIL**

Luogo, data

Timbro e Firma impresa capofila



**DA COMPILARE A CURA DELLE ALTRE IMPRESE PARTNER (SE PRESENTI)**

---

La sottoscritta impresa, in persona di, \_\_\_\_\_ ,

nato/a a \_\_\_\_\_ , il \_\_\_\_\_ ,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ ,

nella sua qualità di

(nel caso di procura speciale allegare il relativo documento), viste e accettate le condizioni del Bando Ricerca Applicata e Innovazione Aziendale,

**DELEGA** l'impresa \_\_\_\_\_ (indicare il nome dell'impresa proponente)

a proporre l'istanza per l'ottenimento dei benefici previsti dallo stesso bando, assumendo con questa solidale responsabilità nei confronti della Fondazione Cassa di Risparmio di Pistoia e Pescia per lo svolgimento del medesimo progetto.

Timbro e Firma impresa delegata



**ALLEGATI**

---

- Documento identità legale rappresentante impresa proponente (capofila)
- Documento identità legale rappresentante delle altre imprese proponenti

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

---

Io sottoscritto/a, \_\_\_\_\_, nella qualità di interessato/a, letta l'informativa resa ai sensi dell'art. 13 GDPR, autorizzo espressamente il consenso al trattamento dati personali per le seguenti finalità (lettera c, lettera d e lettera e) e in particolare:

c. Per l'invio (tramite posta, indirizzo e-mail o numero di cellulare o altri mezzi informatici) di comunicazioni legate all'attività e iniziative della Fondazione; (\*\*)

SI      NO

d. In relazione alle immagini o video per la pubblicazione sul sito istituzionale, sui social o su newsletter o su materiale di promozione delle attività istituzionali della Fondazione nel rispetto delle disposizioni del GDPR e del D.Lgs. n. 196/03 e delle autorizzazioni/indicazioni della Commissione UE e del Garante per la Protezione dei Dati Personali; (\*\*)

SI      NO

e. Per fini statistici e per la tenuta della banca dati erogativa della Fondazione. (\*)

SI      NO

L'interessato  
(firma leggibile)

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

(\*\*) Il consenso al trattamento è facoltativo

(\*) Il consenso al trattamento è indispensabile per l'erogazione dei benefici richiesti