

Alla cortese attenzione
Consiglio Direttivo
Associazione Cluster lombardo scienze della vita
c/o Assolombarda
via Pantano 9, 20122 MILANO

DOMANDA DI ADESIONE AL **CLUSTER LOMBARDO SCIENZE DELLA VITA**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ (Prov ____), il _____
residente a _____ (Prov ____), in via
_____ in qualità di LEGALE RAPPRESENTANTE
di _____ con sede legale in _____
(Prov.____), via _____, CAP _____; con sede operativa in
_____ (Prov.____), via _____ CAP _____
tel. _____ Cell. _____
e-mail (personale) _____ Casella PEC _____
Codice Fiscale _____ Partita Iva _____
Sito web: _____
operante nel settore/area _____
CODICE ATECO 2007 _____

CHIEDE

che l'ente/la società da me rappresentato aderisca all'Associazione "Cluster lombardo scienze della vita" costituitosi in data 28 luglio 2015.

A tale scopo dichiara

- di condividere in tutte le sue parti quanto previsto dallo Statuto;
- di essere a conoscenza dell'impegno economico previsto e di ottemperare secondo quanto prescritto;
- di allegare fotocopia del documento di identità
- di autorizzare la pubblicazione del logo sul sito del Cluster Lombardo Scienze della vita
NOTA: inviare un logo in formato vettoriale o jpeg
- **solo se start-up**, di inviare **visura camerale e autodichiarazione** del possesso dei requisiti (meno di 5 anni dalla costituzione e meno di 500 mila euro di fatturato fino al 31 dicembre dell'anno precedente.)
- di collocarsi in una delle seguenti categorie previste dallo Statuto. Barrare una sola casella. (solo ai fini della rappresentanza in Associazione senza che venga pregiudicata la partecipazione alle attività).

NOTA: Il Consiglio Direttivo in fase di approvazione potrebbe proporre una differente assegnazione di categoria.

IMPRESA:

- Grandi imprese
- Piccole e medie imprese ¹ (indicare se start-up)

CLINICA:

- IRCCS pubblici
- IRCCS privati
- Aziende ospedaliere/Istituti di ricovero e cura
- RSA/ASP

RICERCA:

- Enti e centri di ricerca pubblici
- Enti e centri di ricerca privati
- Università

ASSOCIAZIONI IMPRENDITORIALI:

- Associazioni territoriali o di categoria

Chiediamo di indicare una persona di riferimento per le attività operative dell'Associazione:

Nome Cognome _____

¹Si considera PMI quella che, nella totalità dei suoi insediamenti sul territorio nazionale, occupa un numero di dipendenti inferiore a 250 e che, per quanto riguarda i parametri dimensionali del fatturato e dell'attivo di bilancio nonché il requisito di indipendenza, rientra nei limiti fissati dall'Unione Europea per le PMI (art. 4 - Regolamento Piccola Impresa). Pertanto, la PMI deve avere: non più di 249 dipendenti; un fatturato non superiore a 50 milioni di euro oppure un totale di bilancio non superiore a 43 milioni di euro. Inoltre, devono essere tenuti presenti i requisiti secondo i quali l'Unione Europea ha definito la nozione di impresa "associata" (cioè quella che detiene almeno il 25% del capitale o dei diritti di voto di un'altra impresa) e "collegata" (cioè quella su cui un'altra impresa è in grado di esercitare un'influenza dominante).

Indirizzo mail _____

Numero di telefono (preferibilmente cellulare) _____

In fede

li,

.....
(Firma del legale rappresentante)

INFORMATIVA PRIVACY ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016 – relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali – disponibile al seguente [link](#).

.....
(Firma per accettazione del legale rappresentante)