|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| pri |  | pri |  |

Mod. A1) **CANDIDATURA IN FORMA ASSOCIATA**

|  |
| --- |
| **PRESENTAZIONE DELLA CANDIDATURA IN FORMA ASSOCIATA**  **Bando “Azioni di supporto all’internazionalizzazione delle imprese 2025”** |

**PARTE COMUNE**

|  |
| --- |
| **SOGGETTO MANDATARIO** |

|  |
| --- |
| **SOGGETTI RICHIEDENTI (dovrà essere compilata una scheda per ogni soggetto richiedente)** |

1)

2)

……………………………………

**Valore complessivo dei voucher per le attività proposte: €**

**N. ore complessive di consulenza senior da erogare**

**N. ore complessive di consulenza di accompagnamento da erogare**

Firma del soggetto mandatario

Firmato digitalmente ai sensi dell’art. 24 del D.Lgs. 82/2005 e s.m.i.

**Allegati alla domanda:**

**accordo negoziale sottoscritto dai legali rappresentanti di tutte le Organizzazioni di Categoria associate o associande dal quale risulta l’indicazione del soggetto mandatario che ha presentato la domanda in nome e per conto proprio e dei mandanti, e per ciascun soggetto attuatore, il numero delle ore di consulenza senior e di accompagnamento da erogare e l’importo massimo orario da corrispondere per la consulenza senior.**

**modello B): dichiarazione di ogni Organizzazione di Categoria e delle Organizzazioni di Servizi eventualmente indicate quali soggetti attuatori delle iniziative, resa in conformità al DPR 28/12/2000 n.445, sottoscritta dal legale rappresentante (n° modelli allegati**      **).**

Scheda n.

**PARTE DA COMPILARE PER CIASCUN SOGGETTO RICHIEDENTE**

**Bando “Azioni di supporto all’internazionalizzazione delle imprese 2025”**

|  |
| --- |
| **DATI DEL SOGGETTO RICHIEDENTE** |

|  |
| --- |
| Denominazione |
| Cod. fiscale |
| Indirizzo | |
| Attività principale/Oggetto sociale |
| Indirizzo posta certificata |
| Nominativo del legale rappresentante |

**Da compilare solo in mancanza di delega all’Organizzazione di Servizi:**

Nominativo del referente operativo (alle dipendenze del soggetto attuatore):

Qualifica:       e-mail

Telefono:

Indirizzo di posta certificata dedicata al bando

|  |
| --- |
| **ORGANIZZAZIONE DI SERVIZI DELEGATA ALLA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA’**  **(soggetto attuatore - *da compilare se diverso dal soggetto richiedente)*** |

|  |
| --- |
| Denominazione |
| Cod. fiscale |
| Indirizzo | |
| Attività principale/Oggetto sociale |
| Nominativo del legale rappresentante |

Nominativo del referente operativo (alle dipendenze del soggetto attuatore o del soggetto promotore):

Qualifica:       e-mail

Telefono:

Indirizzo di posta certificata dedicata al bando

|  |
| --- |
| **RAPPRESENTATIVITA’ DELL’ORGANIZZAZIONE DI CATEGORIA SUL TERRITORIO (indicare il numero di imprese associate e il numero di sportelli operativi sul territorio)** |

|  |
| --- |
| **ESPERIENZE MATURATE IN INIZIATIVE SIMILARI (descrivere sinteticamente i progetti similari a quelli proposti, realizzati dal soggetto attuatore, anche congiuntamente con altri soggetti, negli ultimi 5 anni)** |

|  |
| --- |
| **ADEGUATEZZA DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA (indicare l’esistenza all’interno dell’Organizzazione di Categoria e/o dell’Organizzazione di Servizi di un’area specialistica dedicata al tema dell’internazionalizzazione delle imprese, competenze del personale dedicato e la capacità di erogazione delle ore consulenziali indicate)** |

|  |
| --- |
| **PROFESSIONALITA’ ED ESPERIENZA DEI CONSULENTI SENIOR CHE VERRANNO IMPIEGATI NELL’EROGAZIONE DEI SERVIZI PER I QUALI SI RICHIEDE L’ACCREDITAMENTO (livello di istruzione minimo e esperienza professionale minima)** |

**Titolo di studio:**

diploma professionale (3 anni)

diploma di scuola media superiore (5 anni)

diploma universitario / laurea I° livello

laurea II° livello

master/scuole di specializzazione post-laurea

**Anni di esperienza professionale coerente con l’ambito consulenziale:**

da 5 a 10 anni

> 10 anni

|  |
| --- |
| **AREE DEGLI INTERVENTI** |

individuazione dei punti di forza e di debolezza e dei vantaggi competitivi delle imprese, al fine di valutare le potenzialità di sviluppo sui mercati-obiettivo;

acquisizione delle informazioni relative alle caratteristiche dei nuovi mercati (la domanda, l’offerta, la concorrenza, le leggi, le abitudini dei consumatori, l’evoluzione dei trend di crescita, i canali di distribuzione disponibili, ecc) finalizzata alla valutazione delle opportunità e delle minacce presenti;

scelta del/i mercato/i-obiettivo;

definizione della strategia di ingresso nel/i nuovo/i mercato/i, delle strategie di business adeguate, del marketing mix da adottare (prodotti/servizi, politiche di prezzo, canali di vendita, comunicazione/promozione), dei modelli organizzativi finalizzati all’apertura verso i mercati esteri.

Scheda n.

**PARTE DA COMPILARE PER CIASCUN SOGGETTO RICHIEDENTE**

**Bando “Azioni di supporto all’internazionalizzazione delle imprese 2025”**

|  |
| --- |
| **DATI DEL SOGGETTO RICHIEDENTE** |

|  |
| --- |
| Denominazione |
| Cod. fiscale |
| Indirizzo | |
| Attività principale/Oggetto sociale |
| Indirizzo posta certificata |
| Nominativo del legale rappresentante |

**Da compilare solo in mancanza di delega all’Organizzazione di Servizi:**

Nominativo del referente operativo (alle dipendenze del soggetto attuatore):

Qualifica:       e-mail

Telefono:

Indirizzo di posta certificata dedicata al bando

|  |
| --- |
| **ORGANIZZAZIONE DI SERVIZI DELEGATA ALLA REALIZZAZIONE DELLE ATTIVITA’**  **(soggetto attuatore - *da compilare se diverso dal soggetto richiedente)*** |

|  |
| --- |
| Denominazione |
| Cod. fiscale |
| Indirizzo | |
| Attività principale/Oggetto sociale |
| Nominativo del legale rappresentante |

Nominativo del referente operativo (alle dipendenze del soggetto attuatore o del soggetto promotore):

Qualifica:       e-mail

Telefono:

Indirizzo di posta certificata dedicata al bando

|  |
| --- |
| **RAPPRESENTATIVITA’ DELL’ORGANIZZAZIONE DI CATEGORIA SUL TERRITORIO (indicare il numero di imprese associate e il numero di sportelli operativi sul territorio)** |

|  |
| --- |
| **ESPERIENZE MATURATE IN INIZIATIVE SIMILARI (descrivere sinteticamente i progetti similari a quelli proposti, realizzati dal soggetto attuatore, anche congiuntamente con altri soggetti, negli ultimi 5 anni)** |

|  |
| --- |
| **ADEGUATEZZA DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA (indicare l’esistenza all’interno dell’Organizzazione di Categoria e/o dell’Organizzazione di Servizi di un’area specialistica dedicata al tema dell’internazionalizzazione delle imprese, competenze del personale dedicato e la capacità di erogazione delle ore consulenziali indicate)** |

|  |
| --- |
| **PROFESSIONALITA’ ED ESPERIENZA DEI CONSULENTI SENIOR CHE VERRANNO IMPIEGATI NELL’EROGAZIONE DEI SERVIZI PER I QUALI SI RICHIEDE L’ACCREDITAMENTO (livello di istruzione minimo e esperienza professionale minima)** |

**Titolo di studio:**

diploma professionale (3 anni)

diploma di scuola media superiore (5 anni)

diploma universitario / laurea I° livello

laurea II° livello

master/scuole di specializzazione post-laurea

**Anni di esperienza professionale coerente con l’ambito consulenziale:**

da 5 a 10 anni

> 10 anni

|  |
| --- |
| **AREE DEGLI INTERVENTI** |

individuazione dei punti di forza e di debolezza e dei vantaggi competitivi delle imprese, al fine di valutare le potenzialità di sviluppo sui mercati-obiettivo;

acquisizione delle informazioni relative alle caratteristiche dei nuovi mercati (la domanda, l’offerta, la concorrenza, le leggi, le abitudini dei consumatori, l’evoluzione dei trend di crescita, i canali di distribuzione disponibili, ecc) finalizzata alla valutazione delle opportunità e delle minacce presenti;

scelta del/i mercato/i-obiettivo;

definizione della strategia di ingresso nel/i nuovo/i mercato/i, delle strategie di business adeguate, del marketing mix da adottare (prodotti/servizi, politiche di prezzo, canali di vendita, comunicazione/promozione), dei modelli organizzativi finalizzati all’apertura verso i mercati esteri.