QUESTIONARIO INFORMATIVO DBN FINANZIAMENTI

1. NOME e COGNOME

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. SESSO

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. DATA DI NASCITA

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. SEI ISCRITTO/A AL MOVIMENTO LIBERE DBN COME SOCIO BENEMERITO O STRAORDINARIO?

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. POSSIEDI LO SPID?

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. HAI GIA’ UNA POSIZIONE FISCALE FORMALE PER L’ ATTIVITA’?

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. SE SI’ IN CHE FORMA? (LIBERO PROFESSIONISTA, ISCRITTO IN ALBI, IMPRESA ISCRITTA ALLA CdC., ECC)

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. SEI UNA ASSOCIAZIONE O LAVORI CON UNA ASSOCIAZIONE INTERESSATA AI BANDI?

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. QUALI ATTIVITA’ SVOLGI O SVOLGETE COME ASSOCIAZIONE?

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. IN QUALE REGIONE SVOLGI/ETE L’ ATTIVITA’? CORRISPONDE AL DOMICILIO FISCALE/ ALLA SEDE LEGALE?

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. CHE TIPO DI FINANZIAMENTO PUO’ ESSERE UTILE? (seleziona una o più voci)

* APRIRE UNA ATTIVITA’ PROFESSIONALE
* OTTENERE FINANZIAMENTI PER ATTREZZATURE E MACCHINARI
* OTTENERE AIUTO PER ACQUISTO/LOCAZIONE DI IMMOBILE
* ACCEDERE AD ALBI O ELENCHI DI FORNITURA SERVIZI REGIONALI (ENTRARE IN SHORT LIST DA ESPERTI DEL SETTORE OLISTICO)
* AVERE SOSTEGNI LEGATI AL COVID

1. VUOI ESSERE CONTATTATO PER TELEFONO? AGGIUNGI I TUO CELLULARE

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. CI POTRESTI INDICARE LE TUE DISPONIBILITA’ PER UNA CALL CONOSCITIVA?

GIORNO

MATTINA 9-13

POMERIGGIO 14-18