

## DECLARACIÓN RESPONSABLE DE PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA “DIAGNÓSTICO GLOBAL DEL PEQUEÑO COMERCIO MINORISTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID”

D./D<sup>a</sup>. ..... con DNI: ..... como representante legal del comercio (nombre comercial): .....

### MANIFIESTO:

Que, a través de este documento, **CONFIRMO EL INTERÉS** del comercio al que represento **EN PARTICIPAR** en el Programa “**DIAGNÓSTICO GLOBAL DEL PEQUEÑO COMERCIO MINORISTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**”, promovido por la Consejería de Economía, Empleo y Competitividad de la Comunidad de Madrid, a través de la Dirección General de Comercio y Consumo, y desarrollado por la asistencia técnica de UTE BOS-T4.

Que el comercio al que represento, cumple con los **REQUISITOS DE PARTICIPACIÓN** en el Programa:

#### Respecto al comercio:

1. Ser un comercio al por menor que tiene la consideración de *trabajador autónomo* o ser una **micropyme** (empresa con un volumen de negocio inferior a 2 millones de euros y ocupa a menos de 10 trabajadores).
2. La actividad del comercio se encuadra dentro de las agrupaciones del Impuesto de Actividades Económicas:
  - a. **64** (comercio al por menor de productos alimenticios, bebida, realizado en establecimientos permanente), salvo el epígrafe 646.
  - b. **65** (comercio al por menor de productos industriales no alimenticios realizado en establecimiento permanente), salvo los epígrafes 652.1, 654, 655 y 656.
3. Estar al corriente de sus **obligaciones tributarias y con la Seguridad Social**.

#### Respecto a la persona responsable del comercio que participará en la Consultoría:

- Que la **persona que será responsable de colaborar** con la asistencia técnica del programa forma actualmente parte del **personal del citado comercio**.

Asimismo, **DECLARO QUE** conozco que el objetivo del Programa es elaborar un Diagnóstico y un Plan de Activación Comercial de su comercio; para ello,

### ME COMPROMETO:

A poner todos los medios necesarios para facilitar el trabajo colaborativo entre el personal responsable del comercio y el consultor asignado por la Asistencia Técnica, para que a través de reuniones de trabajo presenciales entre el consultor y el responsable del comercio, a desarrollar en su establecimiento comercial, y si fuera necesario, contactos vía teléfono u on line, se diseñe y realice un Plan de Activación comercial que será consensuado y a medida, que identifique los puntos débiles del comercio, así como las mejoras propuestas que ayuden a garantizar la competitividad del establecimiento comercial.

**CONOZCO** que la inscripción en el Programa, la puedo realizar directamente en la página web: **www.comerциominoristamadrid.es**, o bien mediante la cumplimentación de esta ficha, que entregaré firmada y sellada al técnico comercial de la asistencia técnica de UTE BOS-T4, el cual incluirá los datos en la página web.

Por tanto, para formalizar mi solicitud de inscripción al Programa aporto la siguiente información, a la vez que **DECLARO QUE SON CIERTOS** los datos que a continuación detallo y que autorizo a la Dirección General de Comercio y Consumo de la Comunidad de Madrid a que verifique la autenticidad de los mismos en cualquier momento del desarrollo del Programa:

--

1.- IDENTIFICACIÓN DEL COMERCIO				
Nombre comercial				
Razón Social				
NIF	Teléfono Fijo		Móvil	
E-mail	Web			
Dirección				CP
Localidad				
Distrito (sólo Madrid)				
Actividad				
Agrupación de IAE	<input type="checkbox"/> 64		<input type="checkbox"/> 65	
Epígrafe IAE	<input type="checkbox"/> 641	<input type="checkbox"/> 644	<input type="checkbox"/> 651	<input type="checkbox"/> 657
	<input type="checkbox"/> 642	<input type="checkbox"/> 645	<input type="checkbox"/> 652	<input type="checkbox"/> 659
	<input type="checkbox"/> 643	<input type="checkbox"/> 647	<input type="checkbox"/> 653	

2.- DATOS DEL COMERCIO			
Forma Jurídica	<input type="checkbox"/> Empresario/a individual <input type="checkbox"/> Comunidad de Bienes <input type="checkbox"/> Economía Social <input type="checkbox"/> Sociedad Anónima <input type="checkbox"/> Sociedad Limitada <input type="checkbox"/> Otras (indicar): .....		
Fecha de apertura (Ver Alta en IAE o Licencia Fiscal)	(dd/mm/aa) ...../...../.....	Nº de empleados (A fecha 30 de septiembre de 2020)	<input type="checkbox"/> Sin personal asalariado <input type="checkbox"/> De 1 a 3 <input type="checkbox"/> De 4 a 5 <input type="checkbox"/> De 6 a 10
Empresa familiar (Marcar sólo si procede)	<input type="checkbox"/> Empresarios autónomos que ejerzan una actividad empresarial o profesional de la que provengan más del 50% de sus rendimientos empresariales, profesionales y de trabajo <input type="checkbox"/> Sociedades mercantiles en las que una persona física tenga, de forma individual, una participación societaria al menos del 50% del capital social, siempre que ejerza funciones de dirección en la entidad, percibiendo por ello una remuneración que represente más del 50% de sus rendimientos. <input type="checkbox"/> Sociedades mercantiles en las que un grupo familiar formado por los cónyuges, ascendientes, descendientes o/y colaterales, hasta el cuarto grado incluido, tengan una participación conjunta de al menos el 20% del capital social, siempre que uno de los miembros del grupo familiar ejerza funciones de dirección en la sociedad percibiendo por ello una remuneración que represente más del 50% de sus rendimientos empresariales, profesionales y del trabajo.		

3.- DATOS DEL RESPONSABLE DEL COMERCIO (no necesariamente representante legal) que va a colaborar con la Asistencia Técnica						
Apellidos				Nombre		
Tlf. Móvil			E-mail			
Función que actualmente desempeña en el comercio	<input type="checkbox"/> Propietario/a <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Encargado de tienda <input type="checkbox"/> Otro	Años de experiencia en comercios minoristas	<input type="checkbox"/> Menos de 1 año <input type="checkbox"/> Entre 1 y 3 años <input type="checkbox"/> Entre 3 y 5 años <input type="checkbox"/> Más de 5 años	Edad del responsable del comercio	<input type="checkbox"/> Menos de 25 años <input type="checkbox"/> De 25 a 35 años <input type="checkbox"/> De 36 a 45 años <input type="checkbox"/> Más de 45 años	

Y para que así conste, a efectos de solicitar la inscripción y entrar en el proceso de selección de pequeños comercios que participarán en el Programa **“DIAGNÓSTICO GLOBAL DEL PEQUEÑO COMERCIO MINORISTA DE LA COMUNIDAD DE MADRID”**, firmo la presente en

....., a ..... de ..... de 2020

Firma del representante legal y sello del comercio

**Compromiso de Confidencialidad:** La UTE BOS-T4, como Asistencia Técnica del Programa se compromete a mantener absoluta confidencialidad y discreción sobre la información facilitada por todas las empresas que se adscriban al Programa, que se incluya tanto en el Diagnóstico sobre la situación comercial del establecimiento como en el Plan de Activación Comercial, así como sobre toda información de cualquier índole facilitada por la empresa durante el desarrollo de la Asistencia Técnica. Asimismo, se compromete a hacer cumplir este compromiso al personal de la empresa, equipo consultor y cualquier colaborador que tenga acceso a los referidos datos, incluso tras la finalización de la participación de la empresa en el Programa.