**NOTA DE SOLICITUD**

Sres Comisión de Aplicación.

De nuestra mayor consideración:

El que suscribe XXX en representación de XXX, solicita amparase a la Ley 16.906 de 7 de enero de 1998 y el Decreto reglamentario XXX.

**EMPRESAS EN MARCHA:** La situación actual de empleos de la empresa es de\_\_\_\_\_\_\_\_trabajadores, y las ventas netas anuales del último ejercicio cerrado son de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (UI), por lo que la empresa se encuentra catalogada como \_\_\_\_\_\_\_\_ (micro o pequeña) de acuerdo a lo establecido en el Decreto 504/007.

**EMPRESAS NUEVAS:** La empresa se compromete a quedar comprendida en alguna de las categorías (Micro o Pequeña) de acuerdo a lo establecido en el Decreto 504/007 en el ejercicio siguiente al que comiencen sus actividades.

Se solicita acogerse al incentivo establecido en punto 7) de los Criterios Básicos Generales de Funcionamiento de la COMAP optando por aplicar \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (matriz simplificada o porcentaje adicional de exoneración de IRAE).

El objetivo del proyecto es XXX (Realizar una descripción literal en un máximo 500 palabras).

A efectos de la evaluación del proyecto la empresa se compromete a generar los siguientes indicadores:

* XXX
* XXX

Los beneficios a los cuales solicita amparase son:

* XXX
* XXX

La empresa solicita que se le otorgue el beneficio del 10% adicional dispuesto en el artículo 2° del Decreto 79/018, de 03 de abril de 2018. Dicho beneficio incremental será aplicable para las inversiones ejecutadas hasta el 31 de diciembre de 2019, siempre que las mismas representen al menos el 75% de la inversión total comprometida del proyecto.

Identificación del contacto autorizado por el proyecto a los efectos de despejar consultas acerca del mismo:

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Identificación del contacto para notificaciones de COMAP (notificaciones por emisión de la resolución, por incumplimientos, revocaciones, etc.):

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CI: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Casilla de correo para notificaciones de COMAP.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio constituido a efectos de toda notificación de COMAP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ACLARACIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.I.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_