

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE
(Art.46 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a _____ prov.() il _____ CUA _____

residente a _____ prov.() in via _____ n. _____

in qualità di rappresentante legale dell'impresa _____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

- ✓ di essere legittimato alla presentazione della domanda di iscrizione dell'impresa al Registro regionale Fattorie Sociali della Campania (REFAS);
- ✓ che essa possiede i requisiti di cui all'art. 2135 del codice civile in forma singola o associata, e che è titolare del fascicolo aziendale validato presso il CAA di _____ ;
- ✓ che è un operatore biologico iscritto al Sistema Informativo Biologico (di cui al Decreto del Ministro delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali n. 2049/2012) al n°. _____ , ovvero che esercita le attività nel rispetto dei principi di produzione integrata dettati dalla L. n. 4/2011;
- ✓ che svolge una o più delle seguenti attività a favore di soggetti appartenenti alle fasce deboli di cui all'articolo 3, c. 1, lettera b), numeri 1, 2 e 3, della L.R. 5/2012 (flaggare):

politiche attive di inserimento socio-lavorativo, svolgimento di percorsi di inserimento socio-lavorativi, svolgimento di attività educativo-assistenziali o formative;

- ✓ che è in possesso dell'attestazione dell'Ufficio di Piano dell'Ambito Territoriale _____ che accerta che la fattoria sociale conduce gli interventi in coerenza con i servizi alla persona previsti dai Piani di Zona in una o più delle seguenti aree di intervento (flaggare):

responsabilità familiari, donne in difficoltà, diritti dei minori, persone anziane, contrasto alle povertà, persone con disabilità, dipendenze, detenuti , immigrati, salute mentale, sostegno alla maternità;

- ✓ di aver iniziato le attività alla data di _____ ;
- ✓ di possedere il seguente numero di partita IVA _____ ;
- ✓ di essere iscritto alla C.C.I.A.A. di _____ al n. _____ ;
- ✓ di essere in possesso dei prescritti pareri sanitari relativi alle aree e ai locali interessati dalle attività;
- ✓ di essere in regola con gli obblighi previdenziali, assistenziali e fiscali secondo le vigenti disposizioni in materia e con le autorizzazioni e/o nulla osta necessari per lo svolgimento delle attività esercitate;
- ✓ di non aver in corso procedure fallimentari e di essere in stato di vigenza.

Dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs 196/2003 e smi che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il Dichiarante

(luogo, data)