Mod. B

Al Presidente del_____
di _____

Mandato di assistenza per la compilazione delle domande on-line sul portale SIAN

MISURA_____ SOTTOMISURA _____TIPOLOGIA_____

Il/la sottoscritto/a_____ nato/a _____(____)

Il ____/____/_____, codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, residente a

_____(____) in via _____

tel. _____ e-mail/PEC _____ in qualità

di (_) Titolare - (_) Legale rappresentate dell'azienda _____,

sede legale in _____(____) CUAA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

CONFERISCE MANDATO DI ASSISTENZA AL LIBERO PROFESSIONISTA INDICATO DI SEGUITO

(spazio riservato al libero professionista che accetta il mandato di assistenza)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____(____) Il

____/____/_____, codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, residente a

_____(____) in via _____

PEC _____, e-mail _____,

tel. _____, ai sensi e per gli effetti degli Artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR,

DICHIARA

- di essere iscritto all'Ordine/Collegio professionale _____ della provincia di _____ al n° _____, data iscrizione ____/____/_____
- che non sussistono cause ostative all'esercizio della libera professione;
- di operare sul sistema SIAN in modo esclusivo per le aziende che conferiranno mandato di assistenza;
- di essere in possesso delle credenziali di accesso al portale SIAN, ottenute come libero professionista, per la compilazione delle domande di sostegno delle misure del PSR Campania 2014-2020;
- di aver già autorizzato la Regione Campania al trattamento dei propri dati personali ai sensi del d.lgs. n.196/2003;
- di possedere i requisiti per la compilazione delle domande di sostegno

Data ____/____/_____ Firma e timbro _____

Si allega copia di un documento di identità valido di chi conferisce il mandato.

Data ____/____/_____ Firma di chi conferisce mandato _____

Nota sulla privacy da compilare e sottoscrivere a cura di chi conferisce il mandato di assistenza

Tutti i dati saranno trattati nel rispetto delle norme vigenti in materia di tutela della riservatezza ed in particolare al D.Lgs n.196/2003 "Codice in materia di dati personali"

Dichiarazione finale
Io sottoscritto autorizzo il suddetto libero professionista a utilizzare le informazioni assunte esclusivamente per i fini consentiti dalla legge, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Data ____/____/_____ Firma _____

Autorizzo la Regione Campania, in qualità di titolare dei dati personali ai sensi del d.lgs. n.196/2003 all'utilizzo e al trattamento dei miei dati e a concedere l'autorizzazione al trattamento degli stessi alla società che gestisce il portale SIAN

Data ____/____/_____ Firma _____

Il Modello deve essere compilato in tutte le sue parti e inviato per Posta Elettronica Certificata alla Federazione/ Ordine/Collegio di appartenenza