

## Modello 4

**RICHIESTA DI CHIUSURA SEDE OPERATIVA DEL CENTRO  
AUTORIZZATO DI ASSISTENZA AGRICOLA** (Decreto Legislativo 15 Maggio  
1999, Art. 3 Bis e Decreto Ministeriale 27 Marzo 2008)

**Alla Giunta Regionale della Campania -  
Direzione Generale "Politiche Agricole Alimentari e  
Forestali"**

.....

# REGIONE CAMPANIA

### QUADRO A – SOCIETA' RICHIEDENTE

|             |                |                 |
|-------------|----------------|-----------------|
| PARTITA IVA | CODICE FISCALE | RAGIONE SOCIALE |
| _____       | _____          | _____           |

|\_\_\_\_\_

|   |          |
|---|----------|
| SEDE SOCIALE :<br>INDIRIZZO E NUMERO CIVICO | TELEFONO |
| _____                                       | _____    |

|            |        |       |        |
|------------|--------|-------|--------|
| COD. ISTAT | COMUNE | PROV. | C.A.P. |
| ____       | _____  | _____ | _____  |
| Prov.      | Comune |       |        |

**IN QUALITA' DI LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA' INDICATA AL QUADRO A, AUTORIZZATA CON  
DETERMINAZIONE N. \_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_ AD UTILIZZARE LA DENOMINAZIONE CAA.**

## CHIEDE

**la chiusura della sede operativa della società medesima all'esercizio dell'attività di Centro autorizzato di assistenza agricola (CAA), ai sensi e per gli effetti del DM 27 marzo 2008 e dell'articolo 3 bis del DLgs 165/99 e successive modifiche ed integrazioni.**

|         |           |
|---------|-----------|
| REGIONE | PROVINCIA |
|---------|-----------|

|                           |          |
|---------------------------|----------|
| INDIRIZZO E NUMERO CIVICO | TELEFONO |
| _____                     | _____    |

|            |        |       |        |               |
|------------|--------|-------|--------|---------------|
| COD. ISTAT | COMUNE | PROV. | C.A.P. | N. Dipendenti |
| ____       | _____  | _____ | _____  | _____         |
| Prov.      | Comune |       |        |               |

|                         |       |
|-------------------------|-------|
| INCARICATO/RESPONSABILE | FAX   |
| _____                   | _____ |
| Cognome e nome          |       |

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del DPR n.445 del 28 dicembre 2000.

Luogo

Data

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_