



DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Oggetto: PSR Campania 2014- 2020. Misura 6 - Tipologia di intervento 6.1.1 "Riconoscimento del premio per giovani agricoltori che per la prima volta si insediano come capo azienda agricola".

Soggetto richiedente:

Dichiarazione sostitutiva della Certificazione di iscrizione alla Camera di Commercio e della posizione assicurativa e previdenziale.

Il/la sottoscritto/a nato a (Prov.) il

Codice Fiscale, residente a in via/Piazza
..... n. (CAP)

in qualità di (*barrare la casella che interessa*)

- ☐ titolare dell'impresa individuale
☐ rappresentante legale della

....., con sede legale
..... (Prov.) in

via/Piazza n. (CAP), partita IVA / Codice

Fiscale telefono fax email

PEC

- *consapevole delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli art. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445;*
- *a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese;*

DICHIARA

1) che l'impresa è regolarmente iscritta nel Registro delle imprese della Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura della Provincia di per le seguenti attività
..... e che i dati dell'iscrizione
sono i seguenti:

- numero di iscrizione
- data di iscrizione
- durata della ditta/data termine
- forma giuridica
- codice fiscale..... Partita IVA
- codice attività:
- categoria:

- che l'amministrazione è affidata a:
..... (Cognome e Nome) (luogo e data di nascita)
..... (residenza:

via/piazza e N. CAP, città, Provincia) Nominato il _____ fino al _____ con i seguenti poteri associati alla carica di:

(1) _____

(Cognome e
Nome) (luogo e data di nascita)

(Residenza: via/piazza e N. , CAP, Città, Provincia) nominato il _____ fino al _____ con i seguenti poteri associati alla carica di:

(1) _____
_____ 2) di essere
in regola con gli obblighi relativi al pagamento dei contributi previdenziali, assistenziali e assicurativi, ai sensi dell' art.
1, comma 553 della Legge n. 266 del 23/12/2005.

Sede INPS

Ufficio/Sede Indirizzo Telefono pec Matricola aziendale

Ufficio/sede	indirizzo	telefono
pec	Matricola aziendale	

Sede INAIL

Ufficio/sede	indirizzo	telefono
pec	P.A.T.	

3) che nei propri confronti non sussistono le cause di divieto, di decadenza o di sospensione di cui all'art. 67 del d.lgs. n. 159/2011;

4) che l'impresa gode del pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in stato di liquidazione, fallimento o concordato preventivo, non ha in corso alcuna procedura prevista dalla legge fallimentare e tali procedure non si sono verificate nel quinquennio antecedente la data odierna

Informativa trattamento dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 *Codice in materia di protezione dei dati personali*, i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale tali dichiarazioni vengono rese. L'interessato ha diritto di accesso ai dati personali e ad ottenere le informazioni previste ai sensi dell'art. 7 del D.lgs. 196/2003.

Luogo e data,

Timbro e firma

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., si allega copia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità.