



Allegato n. 3

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(Artt. 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Oggetto: PSR Campania 2014- 2020. Misura 5 - Tipologia di intervento 5.1.1/A "Riduzione dei danni da avversità atmosferiche sulle colture e del rischio di erosione in ambito aziendale"

Soggetto richiedente:

Dichiarazione sostitutiva di atto notorio resa ai sensi dell'art.47 del DPR 445/2000 di carattere generale.

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 _____ iscritta alla CCIAA di _____ dal _____,

- consapevole delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 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

(Vistare solo le dichiarazioni che s'intendono rendere)

- ☐ (solo per le aziende zootecniche ad ordinamento produttivo misto) di aver provveduto alla denuncia dell'attività di produzione, allevamento, coltivazione alla ASL competente nel rispetto del Regolamento (CE) n. 852/2004 e/o 853/2004 e secondo le direttive

approvate dalla Giunta Regionale della Campania con Deliberazione n. 797 del 16.06.2006;

- ☐ (solo per le aziende zootecniche ad ordinamento produttivo misto) di essere in regola con la certificazione della competente autorità sanitaria in ordine al rispetto delle norme in materia di benessere e salute degli animali (solo per le aziende zootecniche ad ordinamento produttivo misto);
 - ☐ che la propria azienda è iscritta alla CCIAA di....., dal con il numero REA e codice ATECO
- ☐ 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
Fax	Matricola aziendale	

Sede INAIL

Ufficio/Sede	Indirizzo	Telefono
Fax	P.A.T.	

- ☐ di non avere richiesto ed ottenuto altre agevolazioni pubbliche per le opere e gli acquisti previsti nel Piano d'Investimenti presentato;
- ☐ di essere pienamente a conoscenza del contenuto del bando di attuazione e delle disposizioni generali e di accettare gli obblighi derivanti dalle disposizioni in essi contenute.

Luogo e data,

Timbro e firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 Reg (UE)679/2016, Regolamento europeo sulla protezione dei dati, 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. 15 del Reg (UE)679/2016.

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.