

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art.46 e 47 del D.P.R.28 dicembre 2000, n.445)

Oggetto: ATS GAL AISL - P.S.R. Campania 2014/2020 – Misura 19 – Sviluppo Locale di tipo partecipativo – LEADER – Misura 4 - Tipologia di intervento 4.1.1 "Supporto per gli investimenti nelle aziende agricole".

Soggetto richiedente:.....

Dichiarazione sostitutiva di certificazione familiari conviventi.

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 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

ai sensi del D.lgs.n.159/2011 di avere i seguenti familiari conviventi di maggiore età:

Informativa trattamento dati personali

“Ai sensi dell'art. 13 e 14 dl 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 679/16”.

Luogo edata,.....

Timbro e firma

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