



ATS GAL AISL

Oggetto: PSR Campania 2014-2020. MISURA 19 – Sviluppo Locale di tipo partecipativo – LEADER.

Sottomisura 19.2 Tipologia di Intervento 19.2.1 “Strategie di Sviluppo Locale”

Misura 16 - Sottomisura 16.3 - Tipologia di intervento 16.3.1 - Contributo per associazioni di imprese del turismo rurale

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ISCRIZIONE CCIAA

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

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ (Prov.____) il
_____, Codice Fiscale _____, residente a _____ in
via/Piazza _____ n. _____ (CAP _____)
in qualità di titolare / legale rappresentante dell'impresa (denominazione e
ragione sociale) con sede legale in _____ (Prov.____),
Via/Piazza _____ n. _____ (CAP _____),
Partita IVA /Codice Fiscale _____ telefono _____ fax _____
email _____ PEC _____
 impresa aderente al Consorzio/Rete/ATI/ATS (specificare) _____

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



che la propria impresa è iscritta alla CCIAA di, dal, con il numero REA e codice ATECO, e che gli ulteriori dati relativi all'impresa sono i seguenti:

- denominazione _____
- forma giuridica _____
- codice fiscale/partita IVA _____
- sede legale _____
- data di costituzione _____
- capitale sociale _____ di cui versato _____
- sedi secondarie e unità locali _____
- oggetto sociale _____

- L'organo amministrativo della società è costituito da n. _____ componenti in carica di seguito indicati:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CARICA

- SOCI E TITOLARI DI DIRITTI SU AZIONI E QUOTE:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	QUOTA CAPITALE

- AMMINISTRATORI E TITOLARI DI CARICHE O QUALIFICHE:

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CARICA

- DIRETTORI TECNICI (OVE PREVISTI):

COGNOME	NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	CARICA

- matricola INPS: _____
- matricola INAIL: _____

- di non essere oggetto di procedure concorsuali ovvero in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, e/o di non essere in presenza di un procedimento in corso per la dichiarazione di una di tali situazioni.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____ dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art.13 del Regolamento UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione delle finalità di cui all'informativa.

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.

Importante: La presente dichiarazione deve essere resa dal titolare - amministratore - legale rappresentante di tutti i soggetti che dovranno raggrupparsi in ATI/ATS. Nel caso di consorzio o rete di imprese, la dichiarazione deve essere resa, oltre che dal legale rappresentante del consorzio o della rete, qualora dotati di organo comune e soggettività giuridica, anche dai titolari - legali rappresentanti delle singole aziende consorziate o riunite in rete, che partecipano all'intervento.