

ALLEGATO A (amministratori e collegio sindacale)

DM 21 febbraio 2024 - Legge provinciale 28 marzo 2003, n. 4 – articolo 59.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E DELL'ATTO DI NOTORIETÀ (ART. 46 e 47 DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445)

IL SOTTOSCRITTO | _____ | _____ |
Cognome Nome

CODICE FISCALE

| _____ |

In qualità di legale rappresentate della società richiedente indicata della domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività di Centro autorizzato di assistenza agricola (CAA), ai sensi della Legge provinciale 28 marzo 2003, n. 4 – articolo 59, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, nonché della decadenza dai benefici eventualmente conseguenti alla dichiarazione non veritiera, e consapevole altresì che l'accertata non veridicità della dichiarazione comporta il divieto di accesso a contributi, finanziamenti e agevolazioni per un periodo di due anni decorrenti dall'adozione del provvedimento di decadenza (art. 75 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

che gli amministratori della società richiedente nonché i componenti del collegio sindacale (ove previsto), sono i seguenti:

| _____ | _____ |
Cognome Nome
DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROV.
|__| |__| |__| | _____ |
giorno mese anno
CODICE FISCALE TELEFONO
| _____ | | _____ |
RESIDENZA PROV. C.A.P.
| _____ | | _____ |
QUALIFICA¹ | _____ | C.F. | _____ |

| _____ | _____ |
Cognome Nome
DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROV.
|__| |__| |__| | _____ |
giorno mese anno
CODICE FISCALE TELEFONO
| _____ | | _____ |
RESIDENZA PROV. C.A.P.
| _____ | | _____ |
QUALIFICA | _____ | C.F. | _____ |

¹ Indicare (presidente, vicepresidente, componente del consiglio, del collegio sindacale, ecc.)



| _____ | | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROV.
|__| |__| |_____| | _____ | |_____|
giorno mese anno

CODICE FISCALE TELEFONO
| _____ | | _____ |

RESIDENZA PROV. C.A.P.
| _____ | | _____ | | _____ |

QUALIFICA | _____ | C.F. | _____ |

| _____ |

| _____ | | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROV.
|__| |__| |_____| | _____ | |_____|
giorno mese anno

CODICE FISCALE TELEFONO
| _____ | | _____ |

RESIDENZA PROV. C.A.P.
| _____ | | _____ | | _____ |

QUALIFICA | _____ | C.F. | _____ |

| _____ |

| _____ | | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROV.
|__| |__| |_____| | _____ | |_____|
giorno mese anno

CODICE FISCALE TELEFONO
| _____ | | _____ |

RESIDENZA PROV. C.A.P.
| _____ | | _____ | | _____ |

QUALIFICA | _____ | C.F. | _____ |

| _____ |

| _____ | | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROV.
|__| |__| |_____| | _____ | |_____|
giorno mese anno

CODICE FISCALE TELEFONO
| _____ | | _____ |

RESIDENZA PROV. C.A.P.
| _____ | | _____ | | _____ |

QUALIFICA | _____ | C.F. | _____ |

| _____ |



| _____ | | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROV.
|__| |__| |__| | _____ | |__| |
giorno mese anno

CODICE FISCALE TELEFONO
| _____ | | _____ |

RESIDENZA PROV. C.A.P.
| _____ | | _____ | | _____ |

QUALIFICA | _____ | C.F. | _____ |

| _____ | | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROV.
|__| |__| |__| | _____ | |__| |
giorno mese anno

CODICE FISCALE TELEFONO
| _____ | | _____ |

RESIDENZA PROV. C.A.P.
| _____ | | _____ | | _____ |

QUALIFICA | _____ | C.F. | _____ |

Luogo

Data

**Firma del richiedente
e timbro della Società**

