

ALLEGATO C (Elenco sedi operative)

DM 21 febbraio 2024 – LP 28 marzo 2003, n. 4 – articolo 59 – Dlgs 21 maggio 2018, n.74

IL SOTTOSCRITTO | _____ | _____ |
Cognome Nome

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

In qualità di legale rappresentate della società richiedente indicata nel quadro B della domanda di autorizzazione all'esercizio dell'attività di Centro autorizzato di assistenza agricola (CAA), ai sensi del DM 21 febbraio 2024 e dalla 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 la società richiedente presterà assistenza agli utenti presso le seguenti sedi:

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO _____ TELEFONO _____ FAX _____

COMUNE _____ PROV. _____ C.A.P. _____ N. Addetti _____

RESPONSABILE SEDE _____ CODICE FISCALE _____
Cognome e nome

QUALIFICA _____ TELEFONO _____

GIORNI DI APERTURA

_____ dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore
Giorno/i

_____ dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore
Giorno/i

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO _____ TELEFONO _____ FAX _____

COMUNE _____ PROV. _____ C.A.P. _____ N. Addetti _____

RESPONSABILE SEDE _____ CODICE FISCALE _____
Cognome e nome

QUALIFICA _____ TELEFONO _____

GIORNI DI APERTURA

_____ dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore
Giorno/i

_____ dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore
Giorno/i



INDIRIZZO E NUMERO CIVICO

TELEFONO FAX

COMUNE

PROV.

C.A.P.

N. Addetti

RESPONSABILE SEDE

CODICE FISCALE

Cognome e nome

TELEFONO

QUALIFICA

GIORNI DI APERTURA

Giorno/i

dalle ore alle ore dalle ore alle ore

Giorno/i

dalle ore alle ore dalle ore alle ore

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO

TELEFONO FAX

COMUNE

PROV.

C.A.P.

N. Addetti

RESPONSABILE SEDE

CODICE FISCALE

Cognome e nome

TELEFONO

QUALIFICA

GIORNI DI APERTURA

Giorno/i

dalle ore alle ore dalle ore alle ore

Giorno/i

dalle ore alle ore dalle ore alle ore

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO

TELEFONO FAX

COMUNE

PROV.

C.A.P.

N. Addetti

RESPONSABILE SEDE

CODICE FISCALE

Cognome e nome

TELEFONO

QUALIFICA

GIORNI DI APERTURA

Giorno/i

dalle ore alle ore dalle ore alle ore

Giorno/i

dalle ore alle ore dalle ore alle ore

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO

TELEFONO FAX



| _____ | _____ |

COMUNE _____ PROV. _____ C.A.P. _____ N. Addetti _____
| _____ | _____ | _____ | _____ |

RESPONSABILE SEDE _____ **CODICE FISCALE** _____
| _____ | ! _____ |
Cognome e nome

QUALIFICA _____ TELEFONO _____
| _____ | _____ |

GIORNI DI APERTURA
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
Giorno/i _____ dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore

| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
Giorno/i _____ dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO _____ **TELEFONO** _____ **FAX** _____
| _____ | _____ | _____ |

COMUNE _____ PROV. _____ C.A.P. _____ N. Addetti _____
| _____ | _____ | _____ | _____ |

RESPONSABILE SEDE _____ **CODICE FISCALE** _____
| _____ | ! _____ |
Cognome e nome

QUALIFICA _____ TELEFONO _____
| _____ | _____ |

GIORNI DI APERTURA
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
Giorno/i _____ dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore

| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
Giorno/i _____ dalle ore _____ alle ore _____ dalle ore _____ alle ore

Luogo

Data

**Firma del richiedente
e timbro della Società**

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità, in caso di dichiarazione sottoscritta con firma autografa e non in presenza del dipendente addetto

