

**DOMANDA DISABILITAZIONE/CHIUSURA SEDE OPERATIVA  
DEL CENTRO AUTORIZZATO DI ASSISTENZA AGRICOLA - CAA**

*DM n. 83709 del 21 febbraio 2024*

*Decreto Legislativo 21 maggio 2018, n. 74/2018*

*Legge provinciale 28 marzo 2003, n. 4 – articolo 59*

Marca da  
bollo

**Alla PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO  
Servizio Agricoltura  
Via Trener, 3  
38121 - TRENTO**

[serv.agricoltura@pec.provincia.tn.it](mailto:serv.agricoltura@pec.provincia.tn.it)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via/loc \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_

**in qualità di legale rappresentante** della società denominata \_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Via/Loc. \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_ telefono nr. \_\_\_\_\_

codice fiscale/P.IVA \_\_\_\_\_

indirizzo di posta elettronica/PEC \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**la disabilitazione/chiusura della sede operativa della società medesima all'esercizio dell'attività di CAA, ai sensi e per gli effetti del DM 83709 del 21 febbraio 2024, del Decreto Legislativo 21 maggio 2018, n. 74/2018 e ss.mm. ii. e della legge provinciale 28 marzo 2003, n. 4 – articolo 59.**

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO

TELEFONO

--	--

COMUNE

PROV.

C.A.P.

N. Dipendenti

| \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |

Prov. Comune

RESPONSABILE DELLA SEDE

CODICE FISCALE

| \_\_\_\_\_ | ! \_\_\_\_\_ |  
Cognome e nome

## D I C H I A R A

**nel contempo di essere a conoscenza dei requisiti minimi di garanzia e funzionamento che regolano l'attività dei CAA così come disposti dal DM 83709 del 21 febbraio 2024 e dalla deliberazione della Giunta provinciale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, nonché della possibilità di essere sottoposti a controllo da parte della Provincia per verificare il rispetto dei requisiti medesimi.**

**Al presente modulo si allega:**

- informativa ex artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679 del 2016 in materia di trattamento dei dati.

Luogo

Data

**Firma del dichiarante  
e timbro della Società**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si allega copia di un documento di riconoscimento in corso di validità

