

**ALLEGATO C** alla domanda di riconoscimento come Centro autorizzato di assistenza agricola della Società | \_\_\_\_\_ |  
**(elenco sedi operative)**

DECRETO LEGISLATIVO 27 MAGGIO 1999, N. 165, ART. 3 BIS E DECRETO MINISTERIALE 27 MARZO 2008

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
(ART. 47 DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445)

**IL SOTTOSCRITTO** | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
Cognome Nome

DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROV.  
|\_\_| |\_\_| |\_\_| | \_\_\_\_\_ | |\_\_| |  
giorno mese anno

CODICE FISCALE | \_\_\_\_\_ |

**In qualità di legale rappresentate della società richiedente indicata nel quadro A della domanda di abilitazione all'esercizio dell'attività di Centro autorizzato di assistenza agricola (CAA), ai sensi e per gli effetti del DM 27 marzo 2008 e dell'articolo 3 bis del DLgs 165/99 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000**

**DICHIARA**

Che la società richiedente intende prestare assistenza agli utenti presso le seguenti sedi:

**INDIRIZZO E NUMERO CIVICO** | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
TELEFONO FAX

COD. ISTAT COMUNE PROV. C.A.P. N. addetti  
|\_\_| |\_\_| | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
Prov. Comune

**RESPONSABILE SEDE** | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
C.F.  
Cognome Nome

QUALIFICA<sup>1</sup> | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
N.Cellulare Indirizzo e-mail

| \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
Giorno/i apertura dalle ore alle ore dalle ore alle ore

| \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
Giorno/i apertura dalle ore alle ore dalle ore alle ore

| \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
Giorno/i apertura dalle ore alle ore dalle ore alle ore

**INDIRIZZO E NUMERO CIVICO** | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
TELEFONO FAX

COD. ISTAT COMUNE PROV. C.A.P. N. addetti  
|\_\_| |\_\_| | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
Prov. Comune

**RESPONSABILE SEDE** | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
C.F.  
Cognome Nome

QUALIFICA<sup>1</sup> | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
N.Cellulare Indirizzo e-mail

| \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
Giorno/i apertura dalle ore alle ore dalle ore alle ore

| \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |  
Giorno/i apertura dalle ore alle ore dalle ore alle ore

<sup>1</sup> Indicare quali tra i requisiti professionali previsti dall'art. 7, comma 4 del DM 27/3/2008 sono posseduti dal responsabile della sede (Allegare attestazione o autocertificazione dell'iscrizione all'albo professionale ovvero il curriculum dell'esperienza lavorativa)

Giorno/i apertura

dalle ore alle ore dalle ore alle ore

**ALLEGATO C** alla richiesta di riconoscimento come **Centro autorizzato di assistenza agricola della Società** | \_\_\_\_\_ |

DECRETO LEGISLATIVO 27 MAGGIO 1999, N. 165, ART. 3 BIS E DECRETO MINISTERIALE 27 MARZO 2008

In caso di necessità usare più copie della presente pagina.

**INDIRIZZO E NUMERO CIVICO**

TELEFONO

FAX

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

COD. ISTAT

COMUNE

PROV.

C.A.P.

N. addetti

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

Prov. Comune

**RESPONSABILE SEDE**

C.F.

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

Cognome

Nome

QUALIFICA<sup>1</sup>

N.Cellulare

Indirizzo e-mail

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

Giorno/i apertura

dalle ore

alle ore

dalle ore

alle ore

Giorno/i apertura

dalle ore

alle ore

dalle ore

alle ore

Giorno/i apertura

dalle ore

alle ore

dalle ore

alle ore

**INDIRIZZO E NUMERO CIVICO**

TELEFONO

FAX

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

COD. ISTAT

COMUNE

PROV.

C.A.P.

N. addetti

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

Prov. Comune

**RESPONSABILE SEDE**

C.F.

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

Cognome

Nome

QUALIFICA<sup>1</sup>

N.Cellulare

Indirizzo e-mail

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

Giorno/i apertura

dalle ore

alle ore

dalle ore

alle ore

Giorno/i apertura

dalle ore

alle ore

dalle ore

alle ore

Giorno/i apertura

dalle ore

alle ore

dalle ore

alle ore

**INDIRIZZO E NUMERO CIVICO**

TELEFONO

FAX

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

COD. ISTAT

COMUNE

PROV.

C.A.P.

N. addetti

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

Prov. Comune

**RESPONSABILE SEDE**

C.F.

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

Cognome

Nome

QUALIFICA<sup>1</sup>

N.Cellulare

Indirizzo e-mail

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

Giorno/i apertura

dalle ore

alle ore

dalle ore

alle ore

Giorno/i apertura

dalle ore

alle ore

dalle ore

alle ore

<sup>1</sup> Indicare quali tra i requisiti professionali previsti dall'art. 7, comma 4 del DM 27/3/2008 sono posseduti dal responsabile della sede (Allegare attestazione o autocertificazione dell'iscrizione all'albo professionale ovvero il curriculum dell'esperienza lavorativa)

**ALLEGATO C** alla richiesta di riconoscimento come Centro autorizzato di assistenza agricola della Società | \_\_\_\_\_ |

DECRETO LEGISLATIVO 27 MAGGIO 1999, N. 165, ART. 3 BIS E DECRETO MINISTERIALE 27 MARZO 2008

**INDIRIZZO E NUMERO CIVICO**

| \_\_\_\_\_ | TELEFONO | \_\_\_\_\_ | FAX | \_\_\_\_\_ |

COD. ISTAT | \_\_\_\_\_ | COMUNE | \_\_\_\_\_ | PROV. | \_\_\_\_\_ | C.A.P. | \_\_\_\_\_ | N. addetti | \_\_\_\_\_ |  
Prov. Comune

**RESPONSABILE SEDE**

| \_\_\_\_\_ | C.F. | \_\_\_\_\_ |

Cognome | \_\_\_\_\_ | Nome | \_\_\_\_\_ |

QUALIFICA<sup>1</sup> | \_\_\_\_\_ | N.Cellulare | \_\_\_\_\_ | Indirizzo e-mail | \_\_\_\_\_ |

| \_\_\_\_\_ | dalle ore | \_\_\_\_\_ | alle ore | \_\_\_\_\_ | dalle ore | \_\_\_\_\_ | alle ore | \_\_\_\_\_ |  
Giorno/i apertura

| \_\_\_\_\_ | dalle ore | \_\_\_\_\_ | alle ore | \_\_\_\_\_ | dalle ore | \_\_\_\_\_ | alle ore | \_\_\_\_\_ |  
Giorno/i apertura

| \_\_\_\_\_ | dalle ore | \_\_\_\_\_ | alle ore | \_\_\_\_\_ | dalle ore | \_\_\_\_\_ | alle ore | \_\_\_\_\_ |  
Giorno/i apertura

Luogo

Data

Firma del dichiarante (\*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(\*) AI sensi dell'articolo 38 DPR 445 del 28/12/2000, comma 2, l'istanza e le dichiarazioni inviate per via telematica sono valide se effettuate secondo quanto previsto dall'articolo 65 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82

**Informativa ex art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"**

Per trattamento dei dati personali si intende la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la conservazione, la consultazione, l'elaborazione, la modificazione, l'utilizzo, la comunicazione, la diffusione e la cancellazione delle informazioni riguardanti i soggetti di riferimento (art. 4 del D.Lgs. n.196/2003). I dati conferiti saranno archiviati su supporto cartaceo e informatico e il trattamento sarà effettuato con modalità informatizzate e manuali. Il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali. Il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria. L'Amministrazione può utilizzare i dati contenuti nella presente istanza esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione. I dati conferiti potranno essere comunicati per adempimenti procedurali ad altri settori dell'Amministrazione regionale e, qualora necessario, ad altri soggetti pubblici. La gestione dei dati è informatizzata. I dati raccolti potranno essere trattati anche per finalità statistiche. Ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti degli interessati. Il titolare del trattamento è: Regione Veneto/Giunta regionale. Il responsabile del trattamento è il Dirigente Unità complessa sistema informativo settore primario e controllo - Via Torino, 110 - 30172 Mestre (VE); e-mail sisp@regione.veneto.it. Tel 041/2795412. All'interessato competono i diritti previsti dall'articolo 7 del D.Lgs. n.196/2003.

Luogo

Data

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Indicare quali tra i requisiti professionali previsti dall'art. 7, comma 4 del DM 27/3/2008 sono posseduti dal responsabile della sede (Allegare attestazione o autocertificazione dell'iscrizione all'albo professionale ovvero il curriculum dell'esperienza lavorativa)