*Allegato 1 - Domanda di accreditamento*

Spett.le Fincalabra

Pec: agricoltura.fincalabra@pec.it

**Oggetto: MISURA 4.1.1 - INTERVENTI FINALIZZATI ALLA PROTEZIONE DELLE COLTURE AGRICOLE E DEGLI ALLEVAMENTI STABULATI**

Il sottoscritto ……………………………………………………………………………………………………………………….………. nato a ……………………………………………….. il ………………………….……………………………………………………. residente a ………………………………………………..……………………………………………………………Via……………………………………………….……n…………..CAP …………………………………………………..……………. Codice fiscale …………………………………………………………….…. in qualità di rappresentante legale / libero professionista

* Centro Autorizzato di Assistenza Agricola ………………………………………………………………………………..
* Professionista abilitato a svolgere l’attività …………………………………………………………………………… iscritto all’ordine professionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede legale a ………………………………………………………………………………………………………………………… Via ………………………………………………………………………………….. n……………... CAP …………………………. CF/P.IVA …………………………………………………., tel. …………….….. email ………………………………………………………..……… PEC ……………………………………………………..

CHIEDE

l’accreditamento in qualità di Soggetto presentatore, ai sensi delle Modalità operative per la concessione dell’aiuto previsto per l’avviso in oggetto, nonché l’abilitazione ad operare sulla piattaforma informatica predisposta dal Soggetto gestore.

A tal fine,

* si impegna ad assolvere agli obblighi previsti dalle citate Modalità operative, circa le attività di compilazione e presentazione delle domande nonché da eventuali ulteriori disposizioni che potranno essere emanate dalla Regione Calabria in merito alla gestione del Fondo.
* comunica che i referenti da abilitare ad operare sulla piattaforma informatica sono i seguenti:

|  |  |
| --- | --- |
| Nominativo referente 1: |  |
| sede/ sede territoriale: |  |
| Indirizzo |  |
| Telefono |  |
| Cellulare |  |
| e.mail da accreditare |  |

*(da replicare per ciascuna sede da abilitare)*

luogo e data …………………………….

Il legale rappresentante

………………………………………..

FAC SIMILE DA UTILIZZARE SU CARTA INTESTATA DEL SOGGETTO PRESENTATORE RICHIEDENTE L’ACCREDITAMENTO

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE (D.P.R. 445/2000)**

**attestante la titolarità dei poteri di rappresentanza**

Il sottoscritto ……………………………………………………………………………………………………………………….………. nato a ……………………………………………….. il ………………………….……………………………………………………. residente a ………………………………………………..……………………………………………………………Via……………………………………………….……n…………..CAP …………………………………………………..……………. Codice fiscale …………………………………………………………….…. in qualità di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Centro Autorizzato di Assistenza Agricola ………………………………………………………………………………..
* Professionista abilitato a svolgere l’attività …………………………………………………………………………… iscritto all’ordine professionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ al n\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avente sede legale in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Partita I.V.A. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali previste dall’art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci

**DICHIARA**

di essere titolare dei poteri di rappresentanza ai sensi di

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo e data

Timbro e firma

**Si allega copia del documento di identità del dichiarante**