

D - Domanda di conferma Misura D del PSR 2000-2006 e Dichiarazione di Impegno

SPAZIO RISERVATO AL PROTOCOLLO	DOMANDA PRESENTATA PER TRAMITE DI	Data presentazione
		N. DOMANDA

QUADRO A - AZIENDA / ENTE

SEZ I - Dati anagrafici dell'azienda

CUAA (Codice fiscale)	Partita IVA	Prov. REA	N. REA	Anno iscr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Denominazione

Forma Giuridica

Attività prevalente (OTE)

Attività prevalente (ATECO)

Indirizzo Sede Legale

Comune sede legale (o stato estero e città)

Prov. C.A.P.

SEZ II - Rappresentante legale / Titolare

Cognome	Nome	Sesso	Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.	Telefono	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indirizzo di residenza	Comune (o stato estero e città)	Prov.	C.A.P.	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

SEZ III - Richiedente (se diverso dal Rappresentante legale /Titolare) - da compilare solo nel caso in cui il richiedente sia diverso dal titolare o rappresentante legale dell'azienda ed abbia titolo alla presentazione della domanda

Il richiedente è il Titolare/Rappresentante legale dell'azienda

SEZ IV - Invio corrispondenza

Destinatario			
<input type="text"/>			
Indirizzo corrispondenza	Comune (o stato estero e città)	Prov.	C.A.P.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

QUADRO B - Modalità di pagamento

Accredito su C/C bancario

Codice Paese	Cifra Controllo	CIN	Codice ABI	Codice CAB	N. Conto Corrente	Coordinate Bancarie Internazionali IBAN	
<input type="text"/>							
Istituto					Agenzia		
<input type="text"/>					<input type="text"/>		
Indirizzo			Comune			Prov.	CAP
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>

QUADRO C - Interventi

N.	Tipo intervento	Descrizione intervento	PV	Comune	Quantità	Importo
1	Premio Annuale pensione complementare	Premio annuale pensione complementare - -			Annualità	
					Totale	

QUADRO D - Dichiarazioni

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- di aver cessato e non aver ripreso ogni attività agricola ai fini commerciali;
- di non percepire alcuna pensione di vecchiaia/anzianità
- di percepire la pensione di vecchiaia/anzianità di €_____
- di essere a conoscenza che in caso di percepimento di una pensione, il premio verrà decurtato per un importo pari all'ammontare della pensione stessa;
- di aver presentato domanda di aiuto iniziale di Misura D del PSR 2000/2006 N. _____

Note e dichiarazioni aggiuntive

--

QUADRO E - Allegati

- Fotocopia (fronte e retro) leggibile di un documento di riconoscimento valido del richiedente
- Modello INPS relativo all'entità della pensione dell'anno in corso

Ulteriori allegati

--

QUADRO F - Firma

Dichiara che i dati indicati nel presente modello corrispondono a verità e che gli stessi sono resi a titolo di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) articolo 47

Dichiara inoltre di essere consapevole che:

- a) l'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 prevede sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti;
- b) l'art. 75 del citato Testo unico, fermo restando quanto previsto dall'art. 76, prevede che il dichiarante decada dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera;
- c) i dati personali forniti saranno utilizzati esclusivamente in ossequio agli obblighi di legge, alla normativa comunitaria ed ai regolamenti locali e per lo svolgimento delle funzioni istituzionali (istruttorie, visite ispettive, controlli, monitoraggi) da parte dell'Ente istruttore competente e degli Organismi regionali, nazionali e comunitari e raccolti presso lo stesso Ente istruttore;
- d) sono riconosciuti i diritti di cui all'articolo 7 del Dec. Leg. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento, per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ente istruttore competente;
- e) l'indicazione dei dati richiesti con il presente modello è obbligatoria, pena la non ammissione della domanda al sostegno/aiuto richiesto;
- f) i dati stessi possono essere comunicati alla Regione Piemonte ed all'Organismo Pagatore (AGEA o ARPEA) esclusivamente per le incombenze istituzionalmente connesse alla erogazione del sostegno/aiuto richiesto con la domanda.
- g) la Regione Piemonte e gli Enti istruttori delle domande non assumono responsabilità per la perdita di comunicazioni dipendente da inesatte indicazioni del recapito da parte del richiedente, oppure di mancata o tardiva comunicazione del cambiamento dell'indirizzo indicato nella domanda, nè per eventuali disguidi postali o telegrafici o comunque imputabili a responsabilità di terzi, a caso fortuito o forza maggiore.

Luogo e data

Firma (per esteso e leggibile) del richiedente (ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 apporre la firma in presenza del funzionario incaricato della ricezione della domanda, oppure allegare fotocopia leggibile non autenticata di un documento di identità in corso di validità del richiedente)