

**SCHEMA C** alla richiesta di riconoscimento a Centro autorizzato di assistenza agricola

DECRETO LEGISLATIVO 15 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. \_\_\_\_\_ SESSO \_\_\_\_\_  
giorno me se anno giorno me se anno Prov. Sex

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 operative:

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO \_\_\_\_\_ TELEFONO/FAX \_\_\_\_\_

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

RESPONSABILE DELLA SEDE OPERATIVA \_\_\_\_\_

OPERATORE DI SUPPORTO \_\_\_\_\_ TELEFONO- E-MAIL \_\_\_\_\_  
Cognome e nome

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- E-MAIL \_\_\_\_\_

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

RESPONSABILE DELLA SEDE OPERATIVA \_\_\_\_\_

OPERATORE DI SUPPORTO \_\_\_\_\_ TELEFONO- E-MAIL \_\_\_\_\_  
Cognome e nome

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. Dipendenti \_\_\_\_\_  
Prov. Comune



RESPONSABILE DELLA SEDE OPERATIVA

\_\_\_\_\_

Cognome e nome

OPERATORE DI SUPPORTO

TELEFONO- E-MAIL

\_\_\_\_\_

Cognome e nome

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

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

**Ai sensi del DLgs 30 giugno 2003 n. 196 e s.m.i. il sottoscritto autorizza l'acquisizione ed il trattamento, anche informatico, dei dati contenuti nel presente modello, e negli eventuali allegati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.**

**Luogo**

**Data**

**Firma del richiedente (\*\*)**

\_\_\_\_\_

(\*\*) AI sensi dell'articolo 38 DPR 445 del 28/12/2000, l'istanza e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e inviate insieme alla copia, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

**IL PRESENTE ALLEGATO È COMPOSTO**

**DA N. 2 (DOE) FOGLI**

**Il Dirigente di Servizio**

\_\_\_\_\_

