**Allegato 2**

****

**ATS GAL AISL**

**Oggetto: PSR Campania 2014-2020. MISURA 19 – Sviluppo Locale di tipo partecipativo – LEADER.**

 **Sottomisura 19.2 Tipologia di Intervento 19.2.1 “Strategie di Sviluppo Locale”**

 Misura 16 - Sottomisura 16.3 - Tipologia di intervento 16.3.1 - Contributo per associazioni di imprese del turismo rurale

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ISCRIZIONE CCIAA**

***(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)***

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_) il

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in

via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

in qualità in qualità di titolare / legale rappresentante dell'impresa (denominazione e ragione sociale) con sede legale in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov\_\_\_\_\_\_),

Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_),

Partita IVA /Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 impresa aderente al Consorzio/Rete/ATI/ATS *(specificare)*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Consapevole delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli art. 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese;*

**DICHIARA**

che la propria impresa è iscritta alla CCIAA di ……………………., dal ……………………., con il numero REA ……………………… e codice ATECO …………………, e che gli ulteriori dati relativi all’impresa sono i seguenti:

* denominazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* forma giuridica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* codice fiscale/partita IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* sede legale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* data di costituzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* capitale sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di cui versato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* sedi secondarie e unità locali \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* oggetto sociale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* L’organo amministrativo della società è costituito da n. \_\_\_\_\_\_ componenti in carica di seguito indicati:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME** | **NOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **CARICA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* SOCI E TITOLARI DI DIRITTI SU AZIONI E QUOTE:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME** | **NOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **QUOTA CAPITALE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* AMMINISTRATORI E TITOLARI DI CARICHE O QUALIFICHE:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME** | **NOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **CARICA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* DIRETTORI TECNICI (OVE PREVISTI):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME** | **NOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **CARICA** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* matricola INPS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* matricola INAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* di non essere oggetto di procedure concorsuali ovvero in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo, e/o di non essere in presenza di un procedimento in corso per la dichiarazione di una di tali situazioni.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il **sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all’art.13 del Regolamento UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti riconosciuti dal Regolamento UE 2016/679 e di acconsentire, ai sensi e per gli effetti dell’art. 7 e ss. del Regolamento, al trattamento dei dati personali, anche particolari, con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione delle finalità di cui all’informativa.**

Luogo e data, …………………….

Timbro e firma

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

*Ai sensi e per gli effetti dell’art. 38, D.P.R. 445 del 28.12.2000 e ss.mm.ii., si allega copia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità.*

***Importante:*** *La presente dichiarazione deve essere resa dal titolare - amministratore - legale rappresentante di tutti i soggetti che dovranno raggrupparsi in ATI/ATS. Nel caso di consorzio o rete di imprese, la dichiarazione deve essere resa, oltre che dal legale rappresentante del consorzio o della rete, qualora dotati di organo comune e soggettività giuridica, anche dai titolari - legali rappresentanti delle singole aziende consorziate o riunite in rete, che partecipano all’intervento.*