

**Allegato 7**

**Oggetto:** ATS GAL AISL - PSR Campania 2014- 2020 – Misura 19 – Sviluppo Locale di tipo partecipativo – LEADER – Misura 3 - Tipologia di intervento 3.1.1 “Sostegno alla (nuova)adesione a regimi di qualità”.

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALLA CAMERA DI COMMERCIO INDUSTRIA ARTIGIANATO AGRICOLTURA**

(art. 46 DPR 445/2000) **Compilare tutte le sezioni in stampatello**

Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Cognome

Il/La sottoscritt\_\_

nat\_\_ a il

residente a Vi Via

codice fiscale

nella sua qualità di

dell’Impresa

**D I C H I A R A**

che l’Impresa è iscritta nel Registro delle Imprese di

con il numero Repertorio Economico Amministrativo

Denominazione:

Forma giuridica:

Sede:

Sedi secondarie e

Unità Locali

Codice Fiscale:

Data di costituzione

CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE

Numero componenti in carica:

PROCURATORI E PROCURATORI SPECIALI

Numero componenti in carica

COLLEGIO SINDACALE

Numero sindaci effettivi:

Numero sindaci supplenti

**OGGETTO SOCIALE**

**COMPONENTI DEL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE**

**(Presidente del C.d.A., Amministratore Delegato e Consiglieri)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **COGNOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **RESIDENZA** | **CODICE FISCALE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**PROCURATORI E PROCURATORI SPECIALI (OVE PREVISTI)\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **COGNOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **RESIDENZA** | **CODICE FISCALE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**COLLEGIO SINDACALE**

**(sindaci effettivi e supplenti)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **COGNOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **RESIDENZA** | **CODICE FISCALE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**COMPONENTI ORGANISMO DI VIGILANZA (OVE PREVISTO) \*\***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **COGNOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **RESIDENZA** | **CODICE FISCALE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**SOCIO DI MAGGIORANZA O SOCIO UNICO (NELLE SOLE SOCIETA’ DI CAPITALI O COOPERATIVE DI NUMERO PARI O INFERIORI A 4 O NELLE SOCIETA’ CON SOCIO UNICO)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **COGNOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **RESIDENZA** | **CODICE FISCALE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**DIRETTORE TECNICO (OVE PREVISTI)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | **COGNOME** | **LUOGO E DATA DI NASCITA** | **RESIDENZA** | **CODICE FISCALE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Dichiara, altresì, che l’impresa gode del pieno e libero esercizio dei propri diritti, non è in stato di liquidazione, fallimento o concordato preventivo, non ha in corso alcuna procedura dalla legge fallimentare e tali procedure non si sono verificate nel quinquennio antecedente la data odierna.

LUOGO DATA

IL TITOLARE/LEGALE RAPPRESENTANTE

**Variazioni degli organi societari -** I legali rappresentanti degli organismi societari, nel termine di trenta giorni dall'intervenuta modificazione dell'assetto societario o gestionale dell'impresa, hanno l'obbligo di trasmettere al prefetto che ha rilasciato l'informazione antimafia, copia degli atti dai quali risulta l'intervenuta modificazione relativamente ai soggetti destinatari delle verifiche antimafia.

**La violazione di tale obbligo è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria (da 20.000 a 60.000 Euro) di cui all'art. 86, comma 4 del d.lgs. 159/2011.**