|  |  |
| --- | --- |
|  | Loghi.jpg |

**Allegato n.16**

**ATTESTAZIONE DI FINE INTERVENTO**

**Oggetto:** ATS GAL AISL - P.S.R. Campania 2014/2020 – Misura 19– Sviluppo Locale di tipo partecipativo – LEADER ––Misura4-Tipologiadiintervento4.1.1“Supporto per gli investimenti nelle aziende agricole”.

Soggettobeneficiario:………….…………. CUP/CIG…………………………..

**Comunicazione di conclusion delle attività relative all’intervento.**

Il/la sottoscritto/a

nato a

(Prov. ) il

,Codice Fiscale

,residente a invia/Piazza

n. (CAP\_ )

in qualità di (*barrare la casella che interessa)*

□ titolare dell’impresa individuale

□ rappresentante legale della

, con sede legale

(Prov\_ ) in via/Piazza n. (CAP\_ \_), partita IVA /

Codice Fiscale\_

email PEC ,

telefono

fax

beneficiaria di contribute giusto decreto di concessione n.……….del……,

 *consapevole delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e didichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli art.75e76delD.P.R.28 dicembre*

*2000,n.445;*

 *a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli anche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni rese;*

**DICHIARA**

di aver concluso l’intervento, così come previsto dal Piano di investimento ammesso a finanziamento, in data………………………...

**Informativa trattamento dat ipersonali**

“Ai sensi dell’art. 13 e 14 dl Reg. UE 679/2016 Regolamento Europeo sulla protezione dei dati, i dati personali raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale tali dichiarazioni vengono rese. L’interessato ha diritto di accesso ai dati personali e ad ottenere le informazioni previste ai sensi dell’art. 15 del Reg. UE 679/16”.

Luogo e data,…………………….

Timbro e firma

Ai sensi e per gli effetti dell’art.38,D.P.R.445del28.12.2000ess.mm.ii.,si allega copia del documento di riconoscimento del dichiarante in corso di validità.