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

**Allegato n.8a**

**DICHIARAZIONESOSTITUTIVADI ATTO DI NOTORIETA’**

**(Art.46e47delD.P.R.28 dicembre2000,n.445)**

**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”.

Soggetto richiedente:………….………….

**Dichiarazione sostitutiva di certificazione familiari conviventi.**

Il/la sottoscritto/a

nato a

(Prov. ) il

,CodiceFiscale

,residentea invia/Piazza

n. (CAP\_ ), in qualitàdi (*barrarelacasellacheinteressa)*

□ titolaredell’impresaindividuale

□ rappresentantelegaledella

, con sede legale

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

Codice Fiscale\_

email PEC

telefono

fax

 *consapevole delle sanzioni penali per le ipotesi di falsità in atti e didichiarazioni mendaci e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli art.75e76del 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**

ai sensi del D.lgs.n.159/2011 di avere I seguenti familiari conviventi di maggiore età:

**Informativatrattamentodatipersonali**

“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”.

Luogoedata,…………………….

Timbro e firma

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