***Dichiarazione n. 6***

****

**ATS GAL AISL**

**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”**

Tipologia Intervento 16.1.1

“Sostegno per costituzione e funzionamento dei GO del PEI in materia di produttività e sostenibilità dell'agricoltura” - Azione 2*“Sostegno ai POI”*

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE\* FAMILIARI CONVIVENTI**

**(Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)[[1]](#footnote-2)**

**.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/aa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) in via/Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_ (CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

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

* titolare dell’impresa individuale
* rappresentante legale della
* altro ............................. *(specificare)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con sede legale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov\_\_\_\_)in via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_), P. IVA / C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fax\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PEC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

quale*(barrare la casella che interessa)*

* capofila della costituenda ATS
* partner della costituenda ATS

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

**DICHIARA**

ai sensi del D.Lgs 159/2011

di avere i seguenti familiari conviventi (\*) di maggiore età:

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

Di **NON** avere familiari conviventi (\*) di maggiore età.

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003 (codice in materia di protezione di dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

data

firma leggibile del dichiarante (\*\*)

(\*) Per “**familiare convivente**” si intende “**chiunque conviva**” con il dichiarante, purché maggiorenne.

(\*\*) La presente dichiarazione deve essere compilata e sottoscritta da tutti i soggetti di cui all’art.85 del D.Lgs. 159/2011

# CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto ……………………………………………….dichiara di aver 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 nell’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.

1. La presente dichiarazione deve essere resa dal titolare – amministratore - legale rappresentante di tutti i soggetti che dovranno raggrupparsi in ATS. Nel caso di consorzio o rete di imprese, la dichiarazione deve essere resa, oltre che dal legale rapp.te 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. [↑](#footnote-ref-2)