



Allegato 2

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE ISCRIZIONE CCIAA

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

**Oggetto:** ATS GAL AISL - PSR Campania 2014- 2020 – Misura 19– Sviluppo Locale di tipo partecipativo – LEADER –Misura 16 - Sottomisura 16.4 - Tipologia di intervento 16.4.1 - Cooperazione orizzontale e verticale per creazione, sviluppo e promozione di filiere corte e mercati locali.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_) il  
\_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ in  
via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ (CAP \_\_\_\_\_)  
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 edella 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



### **Informativa trattamento dati personali**

"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. 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.*