



COMUNICAZIONE DI CONCLUSIONE ATTIVITA'

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.

Soggetto beneficiario:

CUP /CIG

Comunicazione di conclusione delle attività.

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____ (Prov.____) il
_____, Codice Fiscale _____, residente a _____ in
via/Piazza _____ n. _____ (CAP _____)
in qualità di rappresentante legale della

_____, con sede
legale _____
(Prov _____) in
via/Piazza _____ n. _____ (CAP _____), partita
IVA / Codice Fiscale _____ telefono _____ fax _____
email _____ PEC _____,

beneficiaria di contributi giusto Provvedimento di concessione n. del

- *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;*
- *a conoscenza del fatto che saranno effettuati controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese;*

DICHIARA

di aver concluso le attività relative al progetto denominato "...." in data come si evince dall'ultimo documento contabile quietanzato, ovvero entro il termine dei mesi previsti dalla data del Provvedimento di Concessione.

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.