

AL DIPARTIMENTO REGIONALE
DELL'AGRICOLTURA
ISPETTORATO PROVINCIALE DI

INTERVENTI IN MATERIA DI VETERINARIA

Il/La sottoscritto/a

nato/a a

il

C.F.

residente a

in via

Numero civico

telefono/cellulare

in qualità di rappresentante legale dell'impresa agricola (ragione/denominazione sociale):

partita iva

CUAA

PEC

CHIEDE

di beneficiare degli aiuti previsti dalla L.R n. 28 del 18/11/2024 art 28 -INTERVENTI IN MATERIA DI VETERINARIA.

Comma 12 lettera a) – Abbattimento-decesso capi di bestiame a causa BLU TONGUE

Ovini n

Bovini n

Suini n

Comma 12 lettera b) – Decremento produzione latte a causa BLU TONGUE

Bovini interessati alla riduzione di produzione di latte n.

Comma 14 – Focolai brucellosi e tubercolosi – acquisto

Bovini riproduttori n.

A tal proposito, consapevole delle responsabilità civili e penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci ai sensi dell'articolo 46 e 47 del DPR 445/2000,

DICHIARA

- ☐ che i capi indicati sono stati oggetto di intervento da parte dell'ASP e per i quali si impegna a produrre relativa certificazione
- ☐ di essere agricoltore attivo nel settore della produzione agricola primaria;

di essere allevatore di specie:

- ☐ Bovina
- ☐ Ovina
- ☐ Suina

con produzione di latte con codice aziendale del registro di stalla n.

- ☐ di essere in regola rispetto alla normativa sanitaria di settore
- ☐ di possedere

Bovini di oltre due anni di età

Bovini da sei mesi a due anni di età

Bovini di meno di sei mesi

Ovini di età superiore a 10 mesi

che l'impresa agricola è iscritta alla Camera di Commercio, Industria, Artigianato e Agricoltura (CCIAA) di

num. REA

- ☐ di avere sede operativa in Sicilia
- ☐ che l'impresa è in possesso di fascicolo aziendale regolarmente aggiornato e validato, ai sensi dell'art. 9 del d.p.r. 503/99 e del D.Lgs. n. 99/2004
- ☐ di essere in regola con la certificazione antimafia, ai sensi dell'art. 91, comma 1 lettera b) del D.Lgs. 159/2011 e ss.mm.ii;

che ai fini dell'erogazione dell'aiuto, ai sensi dell'art. 3, comma 7, della Legge 13 Agosto 2010, n. 136 le coordinate bancarie del beneficiario sono:

IBAN:

Istituto di Credito

Agenzia

che i soggetti delegati ad operare sul conto corrente sopra menzionato sono:

-
- ☐ che ai sensi dell'art. 3 comma 8 della Legge 136 del 13/08/2010 il sottoscritto si assume l'obbligo di rispettare la normativa relativa alla tracciabilità dei flussi finanziari
 - ☐ di essere informato che i dati personali forniti per la partecipazione all'Avviso pubblico di che trattasi saranno oggetto di trattamento esclusivamente per scopi istituzionali secondo l'informativa per il trattamento dei dati personali. Il trattamento dei dati in questione è presupposto indispensabile per la partecipazione all'Avviso pubblico e per tutte le conseguenti attività
 - ☐ di essere a conoscenza che, in caso di istruttoria negativa della domanda di aiuto, si procederà all'archiviazione della stessa con conseguente decadenza totale dell'istanza

Per tutto quanto sopra

SI IMPEGNA

- ☐ ad accettare tutti i controlli documentali disposti allo scopo di verificare il rispetto degli obblighi previsti dall'Avviso pubblico e dalla normativa applicabile, la veridicità delle dichiarazioni ed informazioni prodotte
- ☐ a fornire tutta la documentazione e le informazioni integrative eventualmente richieste dall'Amministrazione
- ☐ ad accettare di conformarsi agli obblighi imposti a livello comunitario e nazionale anche se successivi alla presentazione della domanda di aiuto

Ai sensi e per gli effetti del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e s.m. (D.Lgs. del 10/08/2018, n. 101) e del Reg. (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente atto il proponente/richiedente autorizza il trattamento dei dati conferiti, inclusi eventuali dati personali di natura sensibile e/o giudiziaria ottenuti anche tramite eventuali allegati e/o documentazione accessoria.

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

Il sottoscritto allega alla presente domanda di aiuto la seguente documentazione:

- copia del documento di identità del sottoscrittore in corso di validità
- certificazione dipartimento veterinaria ASP

Luogo e data, _____

Firma del titolare/legale rappresentante
