

PROVINCIA DI _____

SETTORE PROVINCIALE AGRICOLTURA

Interventi di sostegno per le aziende colpite da provvedimenti fitosanitari obbligatori ai sensi del D. M. 23 febbraio 2006 finalizzati al contenimento della diffusione del cinipide del castagno *Dryocosmus kuriphilus* Yasumatsu o alla sua eradicazione

DATA PRESENTAZIONE DOMANDA _____	NUMERO DI PROTOCOLLO _____
----------------------------------	----------------------------

ISCRIZIONE ALLA C.C.I.A.A. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	PARTITA IVA
	CUAA (Codice Fiscale)

DICHIARANTE

COGNOME/RAGIONE SOCIALE		
NOME	SESSO	
DATA DI NASCITA	COMUNE (O STATO ESTERO) DI NASCITA	PROVINCIA

DOMICILIO O SEDE LEGALE

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO		TELEFONO
COMUNE DI RESIDENZA	PROV.	CAP

UBICAZIONE AZIENDA

INDIRIZZO E NUM. CIVICO		N° TEL.
COMUNE		

RAPPRESENTANTE LEGALE

COGNOME		
NOME	SESSO	CODICE FISCALE
DATA DI NASCITA	COMUNE (O STATO ESTERO) DI NASCITA	PROVINCIA
INDIRIZZO E NUM. CIVICO		N° TEL.
COMUNE DI RESIDENZA	PROV.	CAP.

Il/la sottoscritt... _____, nato il ____/____/____ in
 qualità di titolare/legale rappresentante dell'azienda _____

- **CHIEDE** di essere ammesso all'intervento di sostegno delle aziende colpite da provvedimenti fitosanitari obbligatori ai sensi del D.M. 23 febbraio 2006, finalizzati al contenimento della diffusione del cinipide del castagno *Dryocosmus kuriphilus* Yasumatsu o alla sua eradicazione, relativi ai seguenti appezzamenti:

N°	Comune	Sez.	Foglio	Mappale	N° piante distrutte o drasticamente potate	Tipologia (astoni, piantine innestate, piantine da innestare, astoni di castagno selvatico distrutti o piante di medie dimensioni drasticamente potate)

- **SI IMPEGNA** a seguire le disposizioni di contenimento del cinipide del castagno impartite dal Settore Fitosanitario Regionale.

MODALITA' DI PAGAMENTO PRESCELTA

Accredito o Bonifico su C/C bancario

Codice ABI	Codice CAB	N. Conto Corrente	CIN	Istituto

Agenzia	Comune	Prov.	CAP

ALLEGA

- **Copie dei verbali di distruzione di materiale di castagno rilasciati dal Settore Fitosanitario Regionale.**
- **Altri documenti** _____

DICHIARA

che i dati indicati nel presente modello corrispondono a verità e che gli stessi sono resi a titolo di dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi del D.P.R. n° 445 del 28/12/2000 art. 47.

Dichiara inoltre di essere consapevole che:

- a) le dichiarazioni mendaci, la falsità negli atti e l'uso di atti falsi nei casi previsti dal D.P.R. 28/12/2000 n. 445 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa) sono puniti ai sensi dell'art. 489 del codice penale e delle leggi speciali in materia e che, ai sensi dell'art. 75 del citato Testo unico, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.
- b) i dati personali forniti saranno utilizzati esclusivamente in ossequio agli obblighi di legge, alla normativa comunitaria ed ai regolamenti locali e per lo svolgimento delle funzioni istituzionali (istruttorie, visite ispettive, controlli, monitoraggi) da parte dell'Ente istruttore competente e degli Organismi regionali, nazionali e comunitari;
- c) sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Dec. Leg. 196/2003, in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, nonché di opporsi al loro trattamento, per motivi legittimi, rivolgendosi all'Ente istruttore competente;
- d) l'indicazione dei dati richiesti con il presente modello di domanda sono obbligatori, pena la non ammissione al sostegno richiesto.

Luogo e data

_____ li _____

Firma

(ai sensi dell'art. 38 del DPR 445/2000 apporre la firma in presenza del funzionario incaricato della ricezione della domanda, oppure allegare fotocopia del documento di identità)

*(per esteso e leggibile)