**ALLEGATO B**

**Relazionesulla attuazione del Piano aziendale**

**Intervento 6.2.1**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ**

**(ART. 46 – 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP\_\_\_\_\_\_\_, Prov. \_\_\_\_\_\_

in via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_

tel.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ mobile: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nella sua qualità di (selezionare la casella di interesse)

☐ titolare di impresa individuale, P.IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, PEC1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ovvero

☐ rappresentante legale di impresa costituita in forma societaria,

denominata \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_

via/piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_

PEC[[1]](#footnote-2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

avendo presentato domanda di sostegno a valere sul PSR Calabria 2014-2020 - intervento 6.2.1“Aiuto all’avviamento per nuove attività non agricole nelle aree rurali” - consapevole che incorrerà in sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e nella perdita dei benefici, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n.445/2000;

**DICHIARA**

# Dati anagrafici del Soggetto beneficiario

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione/Ragione sociale |  |
| Forma Giuridica |  |
| C.F. / P.IVA |  |
| Estremi atto costitutivo (nel caso di società) |  |
| Data costituzione oppure apertura P.IVA | (gg/mm/aaaa) |
| Barcodedomada di sostegno |  |
| Data rilascio SIAN |  |
| Barcode domanda di pagamento saldo |  |
| Data rilascio SIAN |  |
| Email |  |
| PEC |  |
| Contatto e n. tel. |  |

# Dati aziendali

Ad eccezione del riferimento al campo “Codice ATECO già attivo” le successive sezioni dovranno essere compilate con riferimento unicamente all’attività di impresa riferira al progetto 6.2.1

|  |
| --- |
| **Settore di attività ATECO** |

Impresa già esistente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Codice ATECO già attivo  …………. | Nuovo Codice ATECO  …………….. | Data di attivazione nuovo codice ATECO  ………… |

Impresa di nuova costituzione

|  |  |
| --- | --- |
| Nuovo Codice ATECO  …………….. | Data di attivazione nuovo codice ATECO  ………… |

|  |
| --- |
| Descizione attività economica |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Iscrizioni** | | | | | |
| Registroimprese di |  | al n° |  | dal | (gg/mm/aaaa) |
| REA di |  | al n° |  | dal | (gg/mm/aaaa) |
| **PosizioniPrevidenziali e Assicurative** | | | | | |
| INPS di |  | al n° |  | dal | (gg/mm/aaaa) |
| INAIL di |  | al n° |  | dal | (gg/mm/aaaa) |

# Dati relativi alla sede operativa

Ove pertinente, indicarel’ubicazionedeilocaliedititioli di disponibilitàdeglistessineiqualivienesvoltal’attività,riportandoidaticatastalidella/e unitànelletabelle.Nelcasosianopresentipiùunitàripetere le due tabelleseguenti:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sedeproduttiva/operative nella quale è svoltal’attività (da Piano Azienzale)** | | | | |
| Via / Piazza |  | | CAP |  |
| Comune |  | Prov. |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titoli di disponibilità** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proprietà | ☐ | | Locazione | | ☐ | Comodato | | ☐ | Altro | | | ☐ | *Specificare* | | | | |
| Tipologiadell’atto | | | |  | | | | | | n° |  | | Serie | |  | | |
| Registrato a | |  | | | | | | | | | | | | in data | | |  |
| Daticatastali | | Foglio n. | | | | | Particella n. | | | | | | | | | Sub n. | |

# Piano Aziendale realizzato

|  |
| --- |
| Descrizione del Piano aziendale realizzato. |

L’investimento realizzato è confome a quello illustrato nel Piano Aziendale presentato a corredo della domanda di sostegno o ad eventuali varianti approvate? ☐ SI ☐ NO

|  |
| --- |
| In casonegativo, descriverne le difformità |

L’obiettivo dell’investimento proposto è stato conseguito? ☐ SI ☐ NO

L’impresa è realmente esistente, operativa ed in grado di erogare i servizi previsti dal Piano Aziendale?

☐ SI ☐ NO

**Dateeffettive di inizioe conclusionepiano aziendale**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data di avvio del piano aziendale | (gg/mm/aaaa) | Documentazione a comprova\* |
| Data di conclusione dell’attuazione del piano aziendale | (gg/mm/aaaa) | Documentazione a comprova\* |

*\* a titolo di mero esempio, la data di avvio è dimostrata dalla sottoscritzione del contratto di locazione stipulato in data xx/xx/xxxx e la data di conclusione dall’ultimo titolo di disponibilità acquisito, attivazione U.L.A., ultimo contratto stipulato, ecc*

**Riepilogodelleattrezzaturefinalizzateall’eserciziodell’attività**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione del bene** | **Nuovo (nr matricola)** | **Usato (nr matricola)** | **Titolo di disponibilità (indicare se di proprietà, leasing, comodato ecc..)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# Elenco autorizzazioni

Elencare le eventuali autorizzazioni, licenze e/o nullaosta necessari all’avvio ed allo svolgimentodell’attività.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descrizione** | **Ente** | **Data del rilascio** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Titoli formativi / informativi

Elencare i titoli conseguiti.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione dell’attività**  **(Corso di formazione)** | **Ente di formazione** | **Durata**  **(ore)** | **Data di conseguimento** | **Azioni di formazione di cui alle sub misure 1.1 o 1.2 del PSR Calabria 2014-2020**  **(SI/NO)** |
|  |  |  |  | ☐ SI ☐ NO |
|  |  |  |  | ☐ SI ☐ NO |
|  |  |  |  | ☐ SI ☐ NO |

**Realizzazionedegliimpegnientroi termini di ultimazionedelle procedure di verificadella DDP a Saldo**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Si conferma che: | | |  |
| È stato rispettato l’impegno ad introdurre almeno una ULA\*\* | | | ☐ SI ☐ NO |
| *trattasi dello stesso titolare* | | | ☒ SI ☐ NO |
| *altro personale* | | | ☐ SI ☐ NO |
| Totale ULA introdotte | nr……… | | |
| Codice protocollo UNILAV | nr……… | Data (gg/mm/aaa) | |

*\*\*Nelcasol’ULAnon siastataattivatasirammentachedevecomunqueavvenireentro la data di ultimazionedelleverifiche relative allaDomanda di Pagamento.*

**DICHIARA, altresì**

di NON aver ottenuto altri premi per l’avvio della medesima attività a valere su altri fondi regionali, nazionali e comunitari.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | firma del Beneficiario/Legalerappresentante  *(firma per estesoleggibile)* |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Manifestazione di consenso al trattamentodeidatipersonali**

Il/la sottoscritto/a ……………………… nato/a………………… a …………………… (…) il ………………… e residente a ……………………… (…), in via …………………………,avendoletto la *Informativasultrattamentodeidatipersonali*soprariportata,

**esprimeilconsenso**

altrattamentodeipropridatipersonaliche ha fornito e cheeventualmentepotràfornirenelcorsodelleattivitàafferentiallaattuazionedellaMisura di cui all’*Avvisopubblico*sopraspecificato per le finalità e secondo le modalità enunciate nella*Informativa*sultrattamentodeidatipersonalisoprariportata.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | firma del Beneficiario/Legalerappresentante  *(firma per estesoleggibile)* |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(Allegaredocumento di riconoscimento in corso di validità)* |

1. L’indicazione della PEC è obbligatoria e deve essere riferita esclusivamente all’impresa [↑](#footnote-ref-2)