



Regione Siciliana

ASSESSORATO REGIONALE DELLE
RISORSE AGRICOLE E ALIMENTARI

Dipartimento Regionale degli

Interventi Strutturali per l'Agricoltura

Servizio III - Interventi a supporto delle imprese

Viale Regione Siciliana – 90141 Palermo

**RICHIESTA APERTURA SEDE
CENTRO AUTORIZZATO DI
ASSISTENZA AGRICOLA**

QUADRO A - SOCIETA' CAA RICHIEDENTE

_____ |
PARTITA IVA

_____ |
CODICE FISCALE

RAGIONE SOCIALE

SEDE SOCIALE : INDIRIZZO E NUMERO CIVICO

_____ | _____ | _____ |
COMUNE PROV. C.A.P.

_____ | _____ | _____ |
TELEFONO FAX E MAIL

QUADRO B - RICHIESTA

IL SOTTOSCRITTO _____ | _____ |
COGNOME NOME

_____ | _____ | _____ |
DATA DI NASCITA COMUNE DI NASCITA PROV.

in qualita' di legale rappresentante della società CAA indicata al quadro A, riconosciuta con Decreto n.
_____ del _____

CHIEDE

L'ABILITAZIONE di nuova/e sede/i della società medesima all'esercizio dell'attività di Centro autorizzato di assistenza agricola (CAA) ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 bis del D.Lgs. 165/1999, del D.M. 27/03/2008 e della D.G.R. n. 265 del 27/07/2012.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 dello stesso D.P.R.

DICHIARA

che la/e nuova/e sede/i presso la/e quale/i la società richiedente presterà assistenza agli utenti è/sono quella/e indicata/e in allegato, in possesso dei seguenti requisiti :

- a) di proprietà o in possesso del CAA in forme diverse comprovate da idonei titoli;
- b) adibita/e esclusivamente all'attività del CAA ovvero anche alla contestuale attività dei CAF in orari e giorni diversi;
- c) rispondente/i ai requisiti previsti dalla vigente normativa in materia di agibilità e sicurezza degli ambienti di lavoro e di tutela della salute dei lavoratori;
- d) dotata/e di attrezzature informatiche e telematiche che garantiscono adeguata connessione al SIAN;
- e) accessibile/i al pubblico per almeno cinque ore giornaliere e per almeno due giorni a settimana;
- f) contrassegnata/e da insegne identificative riportanti giorni e orari di apertura al pubblico;
- g) con esposizione ben visibile della carta dei servizi presentata agli utenti al momento dell'acquisizione del mandato scritto e riportante con le condizioni regolanti l'attività prestata.

ALLEGA

- SCHEMA G : Dichiarazione sostitutiva resa dal responsabile della/e sede/i da abilitare, in ordine al possesso dei requisiti professionali e di quelli soggettivi indicati all'art. 8 del D.M. 27/03/2008;
- SCHEMA H : Dichiarazione sostitutiva resa singolarmente dai dipendenti e collaboratori della/e sede/i da abilitare, in ordine al possesso dei requisiti professionali e di quelli soggettivi indicati all'art. 8 del D.M. 27/03/2008.
- Copia del titolo di possesso e dell'agibilità dei locali della sede da abilitare.

Luogo

Data

Firma ⁽¹⁾

- (1) La presente istanza non richiede l'autenticazione della firma. Ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza dell'addetto al ricevimento ovvero sottoscritta e inviata all'ufficio competente allegando la fotocopia (non autenticata) di un valido documento di identità.

Informativa sulla privacy

Ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e successive modifiche e integrazioni, si autorizza l'acquisizione e il trattamento anche informatico dei dati contenuti nella presente domanda. L'Amministrazione può utilizzare i dati di cui sopra esclusivamente nell'ambito e per i fini istituzionali propri della Pubblica Amministrazione. I dati conferiti potranno essere comunicati per adempimenti procedurali ad altri settori dell'Amministrazione regionale e, qualora necessario, ad altri soggetti pubblici. Il trattamento dei dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la riservatezza e i diritti degli interessati.

Luogo

Data

Firma ⁽¹⁾

SEDE OPERATIVA

_____ |
INDIRIZZO COMPLETO (via, piazza, numero civico, piano, interno)

_____ | _____ | _____ |
COMUNE PROV. C.A.P.

_____ | _____ | _____ |
TELEFONO FAX E MAIL

_____ | _____ |
RESPONSABILE SEDE Cognome Nome

_____ | _____ |
ADDETTI Cognome Nome

_____ | _____ |
ADDETTI Cognome Nome

_____ | _____ |
ADDETTI Cognome Nome

_____ | _____ |
ADDETTI Cognome Nome

_____ | _____ | _____ | _____ |
Giorno/i apertura dalle ore alle ore dalle ore alle ore

_____ | _____ | _____ | _____ |
Giorno/i apertura dalle ore alle ore dalle ore alle ore

_____ | _____ | _____ | _____ |
Giorno/i apertura dalle ore alle ore dalle ore alle ore

_____ | _____ | _____ | _____ |
Giorno/i apertura dalle ore alle ore dalle ore alle ore

_____ | _____ | _____ | _____ |
Giorno/i apertura dalle ore alle ore dalle ore alle ore

Altre informazioni

N.B. Deve essere compilato un allegato per ciascuna nuova sede da abilitare