



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 VARIAZIONE INDIRIZZO
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

la variazione di indirizzo della sede operativa sotto elencata, già abilitata all'esercizio dell'attività di Centro autorizzato di assistenza agricola (CAA) ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 bis del D.Lgs. 165/99, del D.M. 27/03/2008 e della D.G.R. n. 265 del 27/07/2012.

VECCHIO INDIRIZZO COMPLETO (via, piazza, numero civico, piano, interno)

COMUNE

PROV.

C.A.P.

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 il nuovo indirizzo presso la quale la società richiedente presterà assistenza agli utenti è quello indicato in allegato e che la nuova sede operativa è in possesso dei seguenti requisiti :

- a) di proprietà o in possesso del CAA in forme diverse comprovate da idonei titoli;
- b) adibita esclusivamente all'attività del CAA ovvero anche alla contestuale attività dei CAF in orari e giorni diversi;
- c) rispondente 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 di attrezzature informatiche e telematiche che garantiscono adeguata connessione al SIAN;
- e) accessibile al pubblico per almeno cinque ore giornaliere e per almeno due giorni a settimana;
- f) contrassegnata 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

→ Copia del titolo di possesso e dell'agibilità dei locali della sede da abilitare.

(solo in caso di modifiche)

- SCHEMA G : Dichiarazione sostitutiva resa dal responsabile della sede 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 sede da abilitare, in ordine al possesso dei requisiti professionali e di quelli soggettivi indicati all'art. 8 del D.M. 27/03/2008.

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

NUOVO 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
