http://it.downloadicons.net/sites/default/files/icona-lente-di-ingrandimento-verde-33787.pngPriorità 6

Adoperarsi per l’inclusione sociale, la riduzione della povertà e lo sviluppo economico nelle zone rurali

MISURA 19   
Sviluppo Locale di Tipo partecipativo – SLTP LEADER

Allegato 4 alla Sezione 3

Dichiarazione di avvenuta presa atto dei vincoli   
e delle opportunità del bando e autorizzazione   
al trattamento dei dati personali

**Dichiarazione sostitutiva**

(Artt. 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nella qualità di legale rappresentante del Partner Capofila del Soggetto Proponente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

consapevole delle responsabilità e delle pene di cui all’art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 per false attestazioni e mendaci dichiarazioni

**DICHIARA**

* di aver letto il Bando, preso atto dei vincoli e delle opportunità dello stesso ed indico me medesimo/il Dott.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ quale tecnico di fiducia, anche ai fini della costituzione del Fascicolo Aziendale e della compilazione della domanda di aiuto SIAN, come persona di riferimento per eventuali comunicazioni da e verso il Dipartimento Politiche Agricole e Forestali della Regione Basilicata. A tal fine si comunicano i seguenti recapiti:
* Referente del Soggetto Capofila
  + E-mail PEC:
  + Tel:
  + Cell:
* Tecnico abilitato
  + E-mail PEC:
  + Tel:
  + Cell:

**AUTORIZZA**

* ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il trattamento dei dati personali.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Luogo e data |  | Firma del dichiarante  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |