ALLEGATO A

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *alla c.a.* | **Regione Basilicata**  Autorità di Gestione PSR Basilicata 2014/2020  [ufficio.autorita.gest.psr@cert.regione.basilicata.it](mailto:ufficio.autorita.gest.psr@cert.regione.basilicata.it) |

|  |  |
| --- | --- |
| **OGGETTO** | **SOTTOMISURA 16.3 - SOSTEGNO ALLA COOPERAZIONE TRA PICCOLI OPERATORI PER ORGANIZZARE PROCESSI DI LAVORO IN COMUNE.**  **Dichiarazione di impegno a costituirsi in forma giuridica** |

I sottoscritti:

(Denominazione Partner) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, codice fiscale/Partita IVA/CUAA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_, nella persona del proprio rappresentante legale [se diverso da persona fisica] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_ di seguito denominato ***Capofila***

E

(***Denominazione Partner Beneficiario***) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, partner beneficiario, codice fiscale/Partita IVA/CUAA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_, nella persona del proprio rappresentante legale [se diverso da persona fisica] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_

(***Denominazione Partner Beneficiario***) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, partner beneficiario, codice fiscale/Partita IVA/CUAA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_, nella persona del proprio rappresentante legale [se diverso da persona fisica] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_

E (nel caso in cui il partenariato includa partner associati)

(***Denominazione Partner Associato***) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, partner associato, codice fiscale/Partita IVA/CUAA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_, nella persona del proprio rappresentante legale [se diverso da persona fisica] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_

di seguito denominati Partner o, collettivamente, il Partenariato

di seguito denominati Partner,

***SI IMPEGNANO***

in caso di approvazione del progetto “\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_”, a costituirsi in nella seguente forma giuridica:

ATI

ATS

Reti di imprese

Organizzazioni di Produttori

Cooperativa agricola

Consorzio

Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La forma associativa di cui sopra sarà costituita prima della sottoscrizione del provvedimento di concessione del sostegno da parte del Capofila e per un orizzonte temporale minimo pari ad almeno n.5 (cinque) anni.

Dichiarano, inoltre, di aver letto il Bando e preso atto degli “Obblighi del beneficiario” (Articolo 16).

Si allegano alla presente dichiarazione di impegno i documenti di riconoscimento in corso di validità.

Luogo e data

|  |  |
| --- | --- |
| Il Capofila | Partner Beneficiario N.1 – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome e Cognome |
| .. |
| .. |
| Partner Associato N.\_\_ – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Nome e Cognome |
| .. |