

Domanda trasmessa telematicamente

			-			-			
Codice			Sigla Prov			Prog. Ufficio			
Codice operatore									

Finalità di presentazione della domanda all'Organismo Pagatore ARCEA

]] DICHIARAZIONE INTEGRATIVA DI PASCOLAMENTO AI SENSI DELLA CIRCOLARE AGEA N. 2664 del 12 GENNAIO 2024] relativa alla domanda n.
--	---

EZ. I - DATI IDENTIFICATIVI DELL'AZIENDA

RICHIEDENTE

CUAA (CODICE FISCALE)	PARTITA IVA	Barrare se ditta individuale
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
COGNOME O RAGIONE SOCIALE	NOME	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DATA DI NASCITA	SESSO	COMUNE DI NASCITA
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>
<small>giorn mese anno</small>		PROV.
		<input type="text"/>
INTESTAZIONE DELLA PARTIVA IVA (solo per le ditte individuali)		
<input type="text"/>		

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)	CELLULARE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

RESIDENZA O SEDE LEGALE

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO	TELEFONO
<input type="text"/>	PREFISSO <input type="text"/> NUMERO <input type="text"/>
COD. ISTATCOMUNE	PROV. <input type="text"/> C.A.P. <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>Prov. Comune</small>	

RAPPRESENTANTE LEGALE/ TUTORE/ EREDE

CODICE FISCALE	<input type="text"/>		
COGNOME	NOME		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
DATA DI NASCITA	SESSO	COMUNE DI NASCITA	PROV.
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>giorn mese anno</small>			

CUAA

NUMERO DOMANDA

QUADRO B - ECOSHEMA 1 PAGAMENTO PER LA RIDUZIONE DELL'ANTIMICROBICA RESISTENZA (art. 17 del DM 23 dicembre 2022 n. 660087) LIVELLO 2 - DICHIARAZIONE INTEGRATIVA DI PASCOLAMENTO AI SENSI DELLA CIRCOLARE AGEA N. 2664 del 12 GENNAIO 2024

1 ALLEVAMENTO ATTIVO 2023

CODICE AZIENDALE

Isola	Cont.	Prov.	Prog.							

SEZ. 2 - LIVELLO 2 - ADESIONE AL SISTEMA SQNBA (art. 17 comma 2 lett b) del DM 23 dicembre 2022 n. 660087)

Specie allevata :

	N. capi che hanno pascolato		Giorni di pascolamento
	<input type="text"/>	0-5 mesi	<input type="text"/>
> Bovini	<input type="text"/>	6-24 mesi	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	oltre 24 mesi	<input type="text"/>

QUADRO K - DICHIARAZIONI E IMPEGNI

Il sottoscritto:

Consapevole della responsabilita' penale cui puo' andare incontro in caso di falsa dichiarazione, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000**DICHIARA:**

- di avere indicato, ai sensi del DM n. 162/2015, nel proprio fascicolo aziendale, tutte le informazioni inerenti la propria azienda, su cui esercita una attività agricola ;
- di aver preso atto delle condizioni e delle modalità che regolano l'ammissibilità delle superfici e, in particolare, delle condizioni di mantenimento che ne specificano l'attitudine agricola;
- di essere a conoscenza degli effetti sanzionatori per le affermazioni non rispondenti al vero anche in relazione alla perdita degli aiuti previsti dalla normativa comunitaria e nazionale in materia;
- di essere a conoscenza delle disposizioni previste dalla legge 898/86 e successive modifiche e integrazioni riguardanti tra l'altro sanzioni amministrative e penali in materia di aiuti comunitari nel settore agricolo;
- di essere a conoscenza delle disposizioni previste dall'art. 33 del decreto legislativo 228/2001;
- di voler ricevere tutte le comunicazioni al proprio indirizzo di posta elettronica certificata, inserito nel fascicolo aziendale. Qualora nel fascicolo aziendale non risulti inserito un indirizzo di posta elettronica certificata dichiara di essere esente dal relativo obbligo e, conseguentemente, di voler ricevere le predette comunicazioni tramite consultazione del SIAN.
- di essere a conoscenza che i propri dati personali potranno essere utilizzati dagli Organi ispettivi;

si impegna:

- a consentire l'accesso in azienda e alla documentazione agli organi incaricati dei controlli, in ogni momento e senza restrizioni;
- a restituire le somme eventualmente percepite in eccesso quale aiuto, così come previsto dalle disposizioni e norme nazionali e comunitarie; a tale scopo autorizza sin d'ora l'Organismo Pagatore ARCEA ad effettuare il recupero delle somme percepite in eccesso mediante compensazione a valere su altri pagamenti spettanti al sottoscritto.

dichiara di accettare eventuali modifiche alla normativa comunitaria e nazionale introdotte con successive disposizioni anche in materia di controlli e sanzioni;**dichiara** di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 resa disponibile dall'ARCEA sulla Privacy Policy pubblicata sul proprio sito web - www.arcea.it;**prende atto** che l'Organismo pagatore ARCEA, responsabile del procedimento amministrativo della presente domanda di pagamento, rende noto sul SIAN, lo stato della pratica, adottando le misure idonee per consentirne la consultazione a distanza (ai sensi dell'art. 3 bis della Legge n. 241/90 -uso della telematica- e dell'art. 34 della Legge n. 69/2009 - servizi informatici per le relazioni fra pubbliche amministrazioni e utenti).**E' consapevole che il presente modello di domanda si compone dei Quadri di seguito indicati, i cui dati sono registrati e resi disponibili nel Sian e riproducibili in qualsiasi momento.**
 1 QUADRO A 2 QUADRO B 3 QUADRO K

Ai sensi delle vigenti disposizioni comunitarie e nazionali, richiede che le informazioni riportate nel Quadro B della presente domanda siano utilizzate per le istruttorie relative al Livello 2 dell'Ecoschema 1 - Riduzione dell'antimicrobica resistenza (art 17, comma 2 - lett. b del DM 660078 del 23/12/2022) la cui richiesta è stata eseguita nella Domanda Unificata referenziata nella parte superiore del Quadro A .

Apponendo la propria firma nello spazio sottostante, dichiara, sotto la propria responsabilità, che quanto esposto nella presente domanda, inclusi le dichiarazioni e gli impegni riportati, che si intendono qui integralmente assunti, risponde al vero ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000.

LUOGO E DATA DI SOTTOSCRIZIONE: _____ Fatto a: _____ il: _____

NON COMPILARE IL RIQUADRO SOTTOSTANTE IN CASO DI DICHIARAZIONE SOTTOSCRITTA CON FIRMA DIGITALE

ESTREMI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO:

(di cui si richiede fotocopia in allegato alla domanda) Tipo documento: _____ N° _____ Data scadenza: _____

IN FEDE

Firma del richiedente o del rappresentante legale

QUADRO M - ELENCO DI CONTROLLO DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA DOMANDA ED ATTESTAZIONE DEL CAA

CUAA	COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE	NUMERO DOMANDA

TIPO DI DOCUMENTO

CODICE	DESCRIZIONE	
		1
		2
		3
		4
		5
		6
		7
		8
		9
		10

CAA:		UFFICIO:	
OPERATORE:			

ATTESTAZIONI A CURA DELL'UFFICIO:

- 1) Il produttore è stato identificato;
- 2) il produttore ha firmato la domanda;
- 3) la domanda contiene gli allegati sopra elencati;
- 4) la domanda ed i relativi allegati sono stati archiviati presso questo ufficio.

Data: _____

[nome + cognome]

Firma dell'operatore di SEDE del CAA che ha curato la compilazione
e la stampa della domandaIl sottoscritto, in qualità di responsabile di SEDE (o di responsabile di livello superiore) del CAA xxxxxxxxxxxxxxxxxxx - xxxx - xxx, dichiara che le attività sopra descritte sono
state eseguite nel rispetto delle disposizioni impartite dall'Organismo pagatore [op]

[nome + cognome]

in qualità di

Timbro e Firma del responsabile di SEDE del CAA (o del
responsabile di livello superiore)