Mod. B

Al Presidente dell'Ordine dei Dottori Agronomi
e Dottori Forestali della Provincia di Napoli

Mandato di assistenza per la compilazione delle domande on-line sul portale SIAN

MISURA/SOTTOMISURA/TIPOLOGIA INTERVENTO/AZIONE_____ **BANDO DRD n.**____ **del**_____

Il/la sottoscritto/a_____ nato/a _____(____)

Il ____/____/_____, codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, residente a _____(____) in via _____

tel. _____ e-mail/PEC _____ in qualità

di (_) Titolare - (_) Legale rappresentate dell'azienda _____,

sede legale in _____(____) CUAA |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

*fascicolo aziendale costituito presso il CAA_____ in data _____

CONFERISCE MANDATO DI ASSISTENZA AL LIBERO PROFESSIONISTA INDICATO DI SEGUITO

(spazio riservato al libero professionista che accetta il mandato di assistenza)

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____(____) Il ____/____/_____, codice fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, residente a _____(____) in via _____

PEC _____, e-mail _____,

tel. _____, ai sensi e per gli effetti degli Artt. 46 e 47 del DPR n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR

DICHIARA

- di essere iscritto all'Ordine dei Dottori Agronomi e Dottori Forestali della Provincia di Napoli della al n° _____, data iscrizione ____/____/_____;
- che non sussistono cause ostative all'esercizio della libera professione;
- di operare sul SIAN in modo esclusivo per le aziende che conferiranno mandato di assistenza;
- di essere in possesso delle credenziali di accesso al portale SIAN, ottenute come libero professionista, per la compilazione delle domande di sostegno delle misure non connesse alla superficie e agli animali del PSR Campania 2014-2020;
- di aver già autorizzato la Regione Campania al trattamento dei propri dati personali ai sensi del d.lgs. n.196/2003;
- di possedere i requisiti per la compilazione delle domande di sostegno.

Data ____/____/_____ Firma e timbro _____

Si allega copia di un documento di identità valido di chi conferisce il mandato.

* *in assenza di costituzione del fascicolo aziendale non è possibile conferire il mandato di assistenza*

Nota sulla privacy da compilare e sottoscrivere a cura di chi conferisce il mandato di assistenza

Tutti i dati saranno trattati nel rispetto delle norme vigenti in materia di tutela della riservatezza ed in particolare al D.Lgs n.196/2003 "Codice in materia di dati personali"

Dichiarazione finale

Io sottoscritto autorizzo il suddetto libero professionista a utilizzare le informazioni assunte esclusivamente per i fini consentiti dalla legge, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia di protezione dei dati personali.

Data ____/____/_____ Firma _____

Autorizzo la Regione Campania, in qualità di titolare dei dati personali ai sensi del d.lgs. n.196/2003 all'utilizzo e al trattamento dei miei dati e a concedere l'autorizzazione al trattamento degli stessi alla società che gestisce il portale SIAN

Data ____/____/_____ Firma _____

Data ____/____/_____ Firma di chi conferisce mandato _____