

**SOCIETA’ COOPERATIVA a r.l.**

**“GAL DEI DUE MARI”**

**SEDE: VIA M. CERVANTES N. 10 - SOVERIA MANNELLI - CATANZARO**

**Programma di Sviluppo Rurale**

**della regione Calabria 2014 – 2020**

**MISURA 19 - SOSTEGNO ALLO SVILUPPO LOCALE LEADER**

**MISURA 19.2 - SOSTEGNO ALL'ESECUZIONE DELLE OPERAZIONI NELL'AMBITO DELLA STRATEGIA**

* **Misura 6.2: Aiuto all’avviamento per nuove attività non agricole nelle aree rurali**
* **Intervento 6.2.1: Sostegno ad investimenti nelle aree rurali finalizzati alla creazione di startup impegnate nei servizi TIC, servizi alla persona, artigianato e manifattura innovativi, green economy**.

**Allegato 5**

**Relazione sulla attuazione del Piano aziendale**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL’ATTO DI NOTORIETÀ (ART. 46 – 47 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

Il/La sottoscritto/a codice fiscale \_ nato/a a Prov. il residente a CAP , Prov.

in via/piazza n. \_ tel.: mobile: e-mail: nella sua qualità di (selezionare la casella di interesse)

* titolare di impresa individuale, P.IVA \_, PEC1

ovvero

* rappresentante legale di impresa costituita in forma societaria,

denominata P.IVA \_ con sede in Prov. via/piazza \_ n. PEC1

avendo presentato domanda di sostegno a valere sul PSR Calabria 2014-2020 - intervento 6.2.1“Aiuto all’avviamento per nuove attività non agricole nelle aree rurali” - consapevole che incorrerà in sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi e nella perdita dei benefici, ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR n.445/2000;

## DICHIARA

1. **DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO BENEFICIARIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Denominazione/Ragione sociale |  |
| Forma Giuridica |  |
| C.F. / P.IVA |  |
| Estremi atto costitutivo (nel caso di società) |  |
| Data costituzione oppure apertura P.IVA | (gg/mm/aaaa) |
| Barcode domanda di sostegno |  |
| Data rilascio SIAN |  |
| Barcode domanda di pagamento saldo |  |
| Data rilascio SIAN |  |
| Email |  |
| PEC |  |
| Contatto e n. tel. |  |

1. **DATI AZIENDALI**

Ad eccezione del riferimento al campo “Codice ATECO già attivo” le successive sezioni dovranno essere compilate con riferimento unicamente all’attività di impresa riferita al progetto 6.2.1

1L’indicazione della PEC è obbligatoria e deve essere riferita esclusivamente all’impresa

**Settore di attività ATECO**

Impresa già esistente

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Codice ATECO già attivo…………. | Nuovo Codice ATECO…………….. | Data di attivazione nuovo codice ATECO………… |

Impresa di nuova costituzione

Data di attivazione nuovo codice ATECO

…………

Nuovo Codice ATECO

……………..

Descrizione attività economica

|  |
| --- |
| **Iscrizioni** |
| Registro imprese di |  | al n° |  | dal | (gg/mm/aaaa) |
| REA di |  | al n° |  | dal | (gg/mm/aaaa) |
| **Posizioni Previdenziali e Assicurative** |
| INPS di |  | al n° |  | dal | (gg/mm/aaaa) |
| INAIL di |  | al n° |  | dal | (gg/mm/aaaa) |

1. **DATI RELATIVI ALLA SEDE OPERATIVA**

Ove pertinente, indicare l’ubicazione dei locali e dei titoli di disponibilità degli stessi nei quali viene svolta l’attività, riportando i dati catastali della/e unità nelle tabelle. Nel caso siano presenti più unità ripetere le due tabelle seguenti:

|  |
| --- |
| **Sede produttiva/operative nella quale è svolta l’attività** **(da Piano Aziendale)** |
| Via / Piazza |  | CAP |  |
| Comune |  | Prov. |  |

|  |
| --- |
| **Titoli di disponibilità** |
| Proprietà | ☐ | Locazione | ☐ | Comodato | ☐ | Altro | ☐ | *Specificare* |
| Tipologia dell’atto |  | n° |  | Serie |  |
| Registrato a |  | in data |  |
| Dati catastali | Foglio n. | Particella n. | Sub n. |

1. **PIANO AZIENDALE REALIZZATO**

Descrizione del Piano aziendale realizzato.

L’investimento realizzato è conforme a quello illustrato nel Piano Aziendale presentato a corredo della domanda di sostegno o ad eventuali varianti approvate? ☐ SI ☐ NO

In caso negativo, descriverne le difformità

L’obiettivo dell’investimento proposto è stato conseguito? ☐ SI ☐ NO

L’impresa è realmente esistente, operativa ed in grado di erogare i servizi previsti dal Piano Aziendale?

* SI ☐ NO

## Date effettive di inizio e conclusione piano aziendale

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data di avvio del piano aziendale | (gg/mm/aaaa) | Documentazione a comprova\* |
| Data di conclusione dell’attuazione del piano aziendale | (gg/mm/aaaa) | Documentazione a comprova\* |

*\* a titolo di mero esempio, la data di avvio è dimostrata dalla sottoscrizione del contratto di locazione stipulato in data xx/xx/xxxx e la data di conclusione dall’ultimo titolo di disponibilità acquisito, attivazione U.L.A., ultimo contratto stipulato, ecc.*

## Riepilogo delle attrezzature finalizzate all’esercizio dell’attività

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione del bene** | **Nuovo (nr matricola)** | **Usato (nr matricola)** | **Titolo di disponibilità (indicare se di proprietà,****leasing, comodato ecc..)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **ELENCO AUTORIZZAZIONI**

Elencare le eventuali autorizzazioni, licenze e/o nullaosta necessari all’avvio ed allo svolgimento dell’attività.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Descrizione** | **Ente** | **Data del rilascio** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **TITOLI FORMATIVI / INFORMATIVI**

Elencare i titoli conseguiti.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Descrizione dell’attività (Corso di formazione)** | **Ente di formazione** | **Durata (ore)** | **Data di conseguimento** | **Azioni di formazione di cui alle sub misure 1.1 o 1.2 del PSR Calabria 2014-2020****(SI/NO)** |
|  |  |  |  | * SI ☐ NO
 |
|  |  |  |  | * SI ☐ NO
 |
|  |  |  |  | * SI ☐ NO
 |

## Realizzazione degli impegni entro i termini di ultimazione delle procedure di verifica della DDP a Saldo

|  |  |
| --- | --- |
| Si conferma che: |  |
| È stato rispettato l’impegno ad introdurre almeno una ULA\*\* | * SI ☐ NO
 |
| *trattasi dello stesso titolare* | ☒ SI ☐ NO |
| *altro personale* | * SI ☐ NO
 |
| Totale ULA introdotte | nr……… |
| Codice protocollo UNILAV | nr……… | Data (gg/mm/aaa) |

*\*\*Nel caso l’ULA non sia stata attivata si rammenta che deve comunque avvenire entro la data di ultimazione delle verifiche relative alla Domanda di Pagamento.*

## DICHIARA, altresì

di NON aver ottenuto altri premi per l’avvio della medesima attività a valere su altri fondi regionali, nazionali e comunitari.

Luogo e data

firma del Beneficiario/Legale rappresentante

*(firma per esteso leggibile)*

**Manifestazione di consenso al trattamento dei dati personali**

Il/la sottoscritto/a ……………………… nato/a………………… a …………………… (…) il

………………… e residente a ……………………… (…), in via , avendo letto

la *Informativa sul trattamento dei dati personali* sopra riportata,

## esprime il consenso

al trattamento dei propri dati personali che ha fornito e che eventualmente potrà fornire nel corso delle attività afferenti alla attuazione della Misura di cui all’*Avviso pubblico* sopra specificato per le finalità e secondo le modalità enunciate nella *Informativa* sul trattamento dei dati personali sopra riportata.

Luogo e data

firma del Beneficiario/Legale rappresentante

*(firma per esteso leggibile)*

*(Allegare documento di riconoscimento in corso di validità)*