

**ORGANISMI EROGATORI DEI
SERVIZI DI CONSULENZA AZIENDALE
NELL'AMBITO DELLA MISURA 2 DEL PSR PER L'UMBRIA 2014/2020 –
Annualità 2021**

DICHIARAZIONE DI CONFERMA DEI REQUISITI DI IDONEITÀ

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ Prov. ____ il _____,
codice fiscale _____, residente in Via/Piazza/Loc _____,
Comune _____ Prov. _____, in qualità di¹ _____ della
società² _____

Ad integrazione della domanda di sostegno n.³ _____, compilata attraverso la procedura telematica SIAN e rilasciata in data _____,
consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, produzione ed uso di atti falsi, ai sensi dell'art.76 del DPR n.445 del 28 dicembre 2000,

DICHIARA

a) che il soggetto richiedente conferma la sussistenza dei requisiti esistenti al momento della richiesta di riconoscimento quale organismo erogatore dei servizi di consulenza nell'ambito della Misura 2-Sottomisura 2.1 e a suo tempo dichiarati in allegato alla domanda di sostegno n.⁴ _____ relativa alla annualità 2019, con specifico riferimento a:

- fini statuari o oggetto sociale dello statuto o dell'atto costitutivo del richiedente comprendenti la realizzazione di attività e servizi di consulenza;
- titolarità di Partita IVA N. _____;
- iscrizione al Registro delle imprese della C.C.I.A.A. di _____ con il n. _____;
- sede nella Unione Europea;
- possesso di almeno una sede operativa all'interno del territorio della regione Umbria;
- fascicolo aziendale di cui al D.P.R. n. 503/99 aggiornato;
- non presenza di alcuna situazione di incompatibilità con l'attività di consulenza aziendale, anche con riferimento a ciascuna unità di personale dipendente, distaccato, convenzionato, così come dettagliate:
 - non svolge alcuna funzione di controllo finalizzata all'erogazione di finanziamenti pubblici in agricoltura e nel settore agroalimentare, nonché alla verifica sulla legittimità e regolarità delle predette erogazioni;
 - non effettua la vendita di mezzi tecnici come attività esclusiva o prevalente;
 - non effettua controlli sui sistemi di certificazione di qualità (biologico, produzioni disciplinate da DOP o disciplinari di produzione integrata);
 - non è in possesso del certificato di abilitazione alle prestazioni di consulenza in materia di uso sostenibile dei prodotti fitosanitari e sui metodi di difesa alternativi per i quali si applicano i criteri di incompatibilità indicati al punto A.1.3 del Piano d'azione nazionale per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari, adottato con decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, adottato con Decreto Interministeriale del 3 febbraio 2016;
 - non utilizza per le attività di consulenza persone abilitate alla gestione del fascicolo aziendale dell'Anagrafe delle aziende agricole;
 - non utilizza per le attività di consulenza soggetti che risultano essere dipendenti del/i destinatario/i o dell'affidatario/i a favore del/i quale/i viene reso il servizio di consulenza.

¹ Specificare se: Titolare/legale rappresentante o altra figura

² Indicare la Ragione Sociale

³ Indicare il codice domanda SIAN

⁴ Indicare il Numero di Domanda di sostegno SIAN presentata in relazione al Bando per la annualità 2019 approvato con DD n. 3660/2019

- b) che per il soggetto giuridico richiedente non sussistono condizioni di difficoltà secondo le previsioni recate dal regolamento UE n. 651/2014, articolo 2, (18) o – in alternativa – di rientrare nella fattispecie prevista dal punto 22, lett. c.bis del Quadro temporaneo per le misure di aiuto di stato a sostegno dell'economia nell'attuale emergenza della COVID-19, adottato il 19 marzo 2020 (C (2020) 1863) e delle sue modifiche (C (2020) 2215) del 3 aprile 2020, C(2020) 3156 dell'8 maggio 2020, C(2020) 4509 del 29 giugno 2020 e C(2020) 7127 del 13 ottobre 2020.

AUTORIZZA

gli addetti alla vigilanza e al controllo incaricati dalla Regione ad effettuare, anche presso le sedi del soggetto richiedente, tutti i controlli necessari per la verifica delle dichiarazioni rese;

Allega copia del documento d'identità del sottoscrittore della domanda

Data _____, Luogo _____

Firma
