

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE O DI ATTO DI NOTORIETÀ

(art. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 e smi)

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a

(____)

il ____/____/____ C.F._____ residente

(____)

alla via _____ (nel caso di persone giuridiche) in
qualità di _____ della ditta /società/ Forma associata
_____, con sede in _____(____) alla via

P. IVA _____ CF _____

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del D.P.R 28/12/00 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e della
decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritieri, di cui
all'art. 75 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 del citato D.P.R. 445/2000, sotto la propria
responsabilità

- di essere iscritto al registro delle imprese della CCIAA di _____ al
n._____;
- di essere in possesso di partita IVA con codice ATICO per l'apicoltura 01.48.30 (ex codice
01.49.30) n. _____;
- di aver costituito e/o aggiornato il proprio fascicolo aziendale presso il
CAA _____ ;
- di essere forma associata con statuto costituito con atto_____ in data
_____ e n_____ soci (risultante alla data di presentazione della
domanda) con P. Iva e codice Ateco 01.48.30 (ex codice 01.49.30)e detentori di almeno n. 30
alveari alla data del 31/12/2024;
- di essere in regola con gli obblighi di identificazione e registrazione alla BDA ai sensi del D.M.
04/09/2009 e del DM 11 agosto 2014;
- di avere il seguente numero di alveari al censimento del 31/12/2024 _____;
- di essere in regola con le norme igienico sanitarie previste per i locali di lavorazione dei prodotti
dell'alveare, sia per le lavorazioni eseguite in proprio che affidate a terzi;
- di essere in regola con la tenuta del registro dei trattamenti ;

Allegato A 1

- di avere la disponibilità di locali di lavorazione dei prodotti dell'alveare in regola con le norme igienico sanitarie: estremi SCIA/autorizzazione n._____;
- di avere il conto corrente intestato indicato nella domanda di aiuto che utilizzerà per tutte le operazioni connesse all'attuazione degli interventi richiesti e sul quale richiederà l'erogazione del contributo: IBAN_____;
- di essere autorizzato alla pratica del nomadismo risultante dal censimento in BDA al 31/12/2024;
- di essere apicoltore stanziale come risultante dal censimento in BDA al 31/12/2024;

Dichiara inoltre

di aver diritto ad un punteggio, determinato sulla base dei criteri di valutazione indicati nell' Avviso pubblico all'art. 13 pari a:_____

Per le forme associate azione A1, A2, B2.2, F1 - sottoazione B.1.1

Criteri di selezione	Punteggio attribuibile
Forma associata di apicoltori con oltre 35 soci	
Forma associata di apicoltori con 30-34 soci	
Forma associata di apicoltori con 25-29 soci	
Forma associata con esperienze nella realizzazione di attività formative, seminariali, convegnistiche per ogni anno di attività svolte (punteggio massimo attribuibile: 4)	

Criteri di selezione	Punteggio attribuibile
Numero di alveari – ogni 100 alveari (punteggio massimo attribuibile : 10)	

Per gli apicoltori azione B3, B4, B5- sottoazione B1.2

Criteri di selezione	Punteggio attribuibile
richiedenti di età inferiore ai 40 anni al momento della presentazione della domanda	
azienda ricadente in comuni classificati come montani (Fonte ISTAT)	

Allegato A 1

30/01/2015)	
apicoltori assoggettati al sistema di apicoltura biologica (allegare certificazione organismo di controllo)	
apicoltori che non hanno mai presentato domanda o che non sono stati finanziati nelle ultime tre campagne apistiche.	

Dichiara, infine, di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento (UE) 2016/679 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Il dichiarante

(luogo)

(data)

(firma)