



Regione Abruzzo
Direzione Politiche Agricole e di Sviluppo Rurale, Forestale, Caccia Pesca Emigrazione

**LINEE GUIDA RELATIVE AI REQUISITI MINIMI DI GARANZIA, FUNZIONAMENTO
E VIGILANZA DELLE SEDI OPERATIVE C.A.A.**

FONTE DI RIFERIMENTO:

D.lvo. 27 maggio 1999, n. 165

D.lvo. 15 giugno 2000, n. 188

DM 27/03/2008 “Riforma dei centri autorizzati di assistenza agricola”.

Le presenti linee guida sono lo strumento con le quali la Regione Abruzzo intende verificare la sussistenza dei requisiti minimi di garanzia e funzionamento delle sedi operative di CAA, di cui al D.M. 28.03.2008;

Requisiti oggettivi

Utenza

Presso la sede del CAA deve essere garantita la presenza di un numero di dipendenti o collaboratori tale da assicurare la correttezza dei rapporti con gli organismi pagatori e con le altre pubbliche amministrazioni. Tali soggetti devono esibire apposito tesserino di identificazione.

Al fine di una corretta valutazione della “idonea capacità operativa” si dovrà fornire il numero di aziende agricole assistite ed il numero dei collaboratori/dipendenti del CAA. In caso di apertura di una nuova sede, che quindi non abbia già fascicoli aziendali detenuti, si dovrà fornire un numero di mandati pari almeno a 50.

Locali e Mezzi materiali

Tutti i locali ed i mezzi materiali debbono rispondere alle disposizioni vigenti in materia di agibilità dei fabbricati e di sicurezza degli ambienti di lavoro. La conformità dei suddetti locali alla vigente normativa in materia di sicurezza e tutela dei lavoratori è comprovata dal certificato di agibilità rilasciato dall'amministrazione comunale..

Si acquisirà inoltre anche il documento programmatico della sicurezza ai sensi dell'art. 34 dell'Allegato B del Codice in materia di protezione dei dati personali del D.L.vo N. 196 del 30/06/2003.

Si dovrà inoltre acquisire la documentazione da cui dedurre la destinazione a ricevere pubblico:

- *visura catastale*, che ha come riferimento i modelli pubblicati nella Gazzetta Ufficiale n. 306 del 31 dicembre 1993. Le categorie catastali considerate idonee a dimostrare la destinazione a ricevere pubblico sono:
 - A 10: uffici e studi privati;
 - B 4: uffici pubblici;
 - C 1: negozi e botteghe;
 - D 5: istituti di credito, cambio e assicurazione;
 - D 8: fabbricati costruiti o adottati per le speciali esigenze di un'attività commerciale e non suscettibili di destinazione diversa senza radicali trasformazioni.
- *Attestazione* da parte del Comune ove è ubicata la sede operativa, dell'*agibilità* dei locali ad uso uffici, direzionale, commerciale, da fornire in caso la destinazione catastale non sia una delle precedenti. E' valida anche la presentazione della richiesta di agibilità da parte del CAA o della società di servizi, fermo restando la obbligatorietà della presentazione del certificato finale entro i 12 mesi successivi alla richiesta.

Documentazione comprovante il titolo di possesso dei locali:

copia del contratto di compravendita o altro atto traslativo della proprietà ovvero documentazione comprovante il titolo originario della stessa.

altri titoli di possesso, quali il *contratto di locazione o sublocazione*, il *comodato*, il contratto di *leasing*, ecc.

E' essenziale che i contratti siano in forma scritta e contengano tutti i dati necessari ad identificare i contraenti, ed in particolare che uno dei contraenti sia riconducibile inequivocabilmente al legale rappresentante del CAA o del legale rappresentante della società di servizi di cui si avvale il CAA; dovranno essere presenti inoltre i dati identificativi dei locali oggetto del contratto in modo tale che sia possibile effettuare il riscontro con la documentazione presentata ai fini dell'abilitazione. Dovrà essere espressamente indicato che i locali oggetto del contratto saranno adibiti per svolgere il servizio CAA.

La registrazione degli atti è resa obbligatoria dalla normativa in materia (D.P.R. 26 aprile 1986, n. 131 e successive modificazioni ed integrazioni) e ne sarà quindi verificata la regolare effettuazione .

I locali debbono essere adibiti esclusivamente all'esercizio delle attività del CAA, è compatibile il contestuale esercizio dell'attività di CAF.

Con riguardo al concetto di locali, con tale termine deve intendersi fare riferimento ad uno o più vani ricompresi in unità immobiliari la cui destinazione catastale (uffici, sia privati che pubblici) si compatibile con l'uso esclusivo del CAA.

Si precisa che laddove la normativa vigente si riferisce all'esclusività nell'utilizzo dei locali, delle postazioni e degli archivi per le attività del CAA, si intende l'utilizzo esclusivo da parte di un unico CAA.

Ogni sede operativa deve garantire l'accesso al pubblico per almeno 5 ore giornaliere e per almeno due giorni la settimana .

I locali debbono assicurare la privacy dell'assistito nel momento dello svolgimento della sua pratica;

Ogni sede operativa deve garantire una dotazione minima di attrezzature d'ufficio:

- Una postazione operativa di lavoro, ad uso esclusivo del CAA, che possa in ogni caso garantire la privacy dell'utente;
- Le dotazioni informatiche e telematiche devono garantire adeguata connessione al SIAN anche ai fini della tracciabilità, mediante gli stessi servizi SIAN, dei processi di elaborazione dei dati effettuati dagli operatori
- Seggiole, tavoli, scaffalature, armadi, ecc., adeguati all'operatività.
- Le attrezzature informatiche debbono essere ad uso esclusivo della sede operativa del CAA.

Nei locali sia presente un archivio, non accessibile al pubblico, ad uso esclusivo della sede, che sia in grado di consentire un'agevole consultazione delle pratiche. In ogni caso bisogna garantire adeguata sicurezza e riservatezza della documentazione conservata.

All'interno della sede operativa deve essere esposta e consultabile , da parte dell'utenza, la carta dei servizi.

Deve essere presente una bacheca per le comunicazioni all'utenza ad uso esclusivo del CAA.

I locali di ogni sede operativa del CAA debbono essere provvisti di appositi contrassegni di identificazione visibili a terzi in cui siano riportati i giorni e le ore di apertura al pubblico.

Capacità professionale ed organizzazione

L'organizzazione e la professionalità degli operatori CAA devono garantire la funzionalità del servizio sia nei rapporti con l'utenza sia nei rapporti con l'organismo pagatore e con la Regione.

La sede operativa del CAA deve avvalersi di personale provvisto di specifici titoli, ove ciò sia richiesto dalle norme che disciplinano i singoli procedimenti. Tali titoli andranno documentati a richiesta del personale che effettua la verifica.

Il numero di dipendenti e collaboratori deve essere tale da garantire affidabilità nella prestazione di attività di consulenza in materia agricola e per i quali si adempiano agli obblighi di natura lavoristica, fiscale, previdenziale, assistenziale ed assicurativa.

Si acquisirà, inoltre, la certificazione e la documentazione comprovante la regolarità nei confronti degli obblighi di natura lavoristica, fiscale, previdenziale, assistenziale ed assicurativa (DURC, Unilav, ecc).

Per ogni sede operativa deve essere individuato un Responsabile della sede operativa, con l'incarico del buon funzionamento della stessa, nominato secondo quanto sotto riportato. Tale responsabile dovrà essere indicato utilizzando il modello "Pers01", allegato alle presenti linee guida. Nel caso di assenza del responsabile di sede per un periodo superiore ad una settimana, questi deve comunicare alla competente struttura di controllo, via posta elettronica, il periodo di assenza e l'eventuale nominativo del sostituto.

La stessa persona può risultare responsabile di più sedi operative quando gli orari e i giorni di chiusura non coincidano e, in ogni caso, risultino compatibili, con gli spostamenti necessari tra le sedi.

Per i responsabili di sede, la “*comprovata esperienza ed affidabilità*” si deve intendere come il possesso di uno dei seguenti requisiti professionali:

- Laurea afferente la facoltà di agraria (Scienze Agrarie, Scienze Forestali, delle Produzioni Animali ecc), o laurea afferente discipline economiche ovvero diploma di perito agrario, agrotecnico, geometra, con almeno mesi 6 di esperienza lavorativa in materia di Politica Agricola Comunitaria, presso organizzazioni professionali, associazioni di produttori e lavoratori, cooperative o studi professionali.
- ovvero diploma di scuola media superiore con 12 mesi di esperienza lavorativa in materia di Politica Agricola Comunitaria, maturata presso organizzazioni professionali, associazioni di produttori e lavoratori, cooperative o studi professionali

Si prescinde dall’esperienza lavorativa in caso di figure iscritte ai relativi albi professionali.

Il responsabile può essere nominato anche tra soggetti che abbiano prestato attività lavorativa, con mansioni di concetto, all’interno di organizzazioni sindacali o di categoria del settore agricolo, nello specifico campo dell’assistenza ai produttori per l’ottenimento dei contributi sottostanti ai piani di intervento della Comunità europea, per almeno tre anni.

Possono essere presenti, in funzione della dimensione dell’utenza della sede stessa, dipendenti e collaboratori del CAA con funzioni di supporto al responsabile tecnico dalla sede operativa. Per tali profili professionali è richiesto almeno il diploma. L’elenco dei nominativi del personale che lavora presso la sede CAA, secondo il modello “Pers02” allegato. In caso di variazione del personale successivamente alle indicazioni fornite con il modello “Pers02” queste andranno comunicate, utilizzando il modello “Pers03” allegato al presente atto, entro 10 giorni lavorativi dalla variazione stessa.

La capacità professionale deve essere autocertificata ai sensi del DPR 445/00.

Il D.M. 28/03/2008, art. 7 comma 5 stabilisce che i CAA devono prevedere, con delibera dell’organo amministrativo, la certificazione del bilancio annuale da parte di società di revisione a ciò abilitate ovvero la funzione di revisione interna secondo i requisiti stabiliti dall’Associazione Italiana Internal Auditor. Con riferimento a tale requisito si specifica che la certificazione del bilancio, ovvero la relazione annuale sulla gestione prodotta dall’organo di revisione interna vanno presentate all’amministrazione competente ad effettuare i controlli ai sensi dello stesso decreto ministeriale entro il termine del 31 dicembre successivo a quello di riferimento.

Per i CAA che si avvalgono delle società ausiliarie permane a carico degli stessi l’obbligo di informativa finanziaria all’Amministrazione competente ai sensi dell’art. 11 comma 4 lettera d) del D.M. 27.03.2008. In ogni caso non è ammissibile la sostituzione della funzione di revisione interna del bilancio di esercizio con la certificazione UNI EN ISO 9001 2008 dei prodotti e dei processi vista la diversa finalità di tali strumenti.

Requisiti soggettivi.

Sia il responsabile che i dipendenti ed i collaborati del CAA e delle società di cui esso di avvale, debbono autocertificare, singolarmente e ai sensi del DPR 445/00, utilizzando il modello “Dich01” allegato al presente atto, la sussistenza dei requisiti soggettivi di cui all’art. 8 del D.M. 28/03/2008, con particolare esplicito riferimento al punto “e”.

A tale proposito si ritiene, che non ricorra l’ipotesi di incompatibilità, qualora i suddetti soggetti:

- a) siano titolari di rapporti organici ad enti pubblici (es. partecipazione in qualità di consiglieri agli organi di rappresentanza e/o di amministrazione delle CC.I.AA.)
- b) siano titolari di cariche pubbliche elettive.
- c) siano legati ad enti pubblici da rapporti riconducibili ai contratti d'opera di cui all'art. 2222 e seguenti del Codice Civile e non in conflitto con le attività svolte dal CAA.

Vigilanza e controlli

Nel caso di richiesta di abilitazione di nuova sede operativa o di trasferimento di sede operativa la documentazione necessaria giustificativa dei parametri sopra menzionati deve essere resa disponibile alla strutture di controllo durante la visita sopralluogo. La mancanza di uno o più requisiti richiesti determina il rigetto della stessa

Gli esiti della verifica di controllo saranno registrati sul modello “Verbale di sopralluogo e di verifica delle sedi operative CAA”, allegato al presente atto, a firma del responsabile di sede e del responsabile del controllo.

Nel caso di sopralluogo di verifica presso una sede operativa e che questa presenti carenze riferibili ai parametri sopra esposti, viene concesso per l'adeguamento un periodo massimo di 30 giorni che decorre dalla richiesta di adeguamento stesso. Trascorso inutilmente tale termine, la struttura operativa carente verrà segnalata alla regione competente per territorio per l'avvio della eventuale formale contestazione: in tal caso la Regione Abruzzo si riserva di adottare disposizioni transitorie in attesa di comunicazioni formali da parte della regione competente per territorio.

Le comunicazioni concernenti le contestazioni devono essere notificate al legale rappresentante del CAA o della società di cui esso si avvale.

Norma transitoria.

Le sedi operative CAA già operanti alla data di pubblicazione delle presenti linee guida rimangono operanti per un periodo massimo di 6 mesi, prorogabile di altri sei mesi una sola volta. In caso qualche sede motivi adeguatamente il mancato adeguamento è concesso, singolarmente e a discrezione del Dirigente del Servizio competente, un ulteriore periodo fino ad un massimo di mesi tre. La Regione provvede a partire dalla data di approvazione del presente atto, a verificare sulla base della documentazione che perverrà il possesso dei requisiti minimi di garanzia e di funzionamento di cui al D.M. 27/03/2008 per tutti i CAA operativi sul territorio regionale.

Qualora la documentazione risulti assente o incompleta, la Regione invia specifica richiesta di rettifica e/o integrazione.

In seguito all'accertamento amministrativo, il Servizio preposto della Direzione Agricoltura e Sviluppo Rurale, Forestale, Caccia, Pesca, Emigrazione effettua su un campione di sedi operative, ai sensi del DPR 445/00, gli opportuni controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio.

Le verifiche in “loco” continueranno ad avvenire su richiesta della regione competente per territorio, ferma restando la possibilità della Regione Abruzzo di intraprendere controlli in qualsiasi momento, quando ne dovesse ravvisare la necessità.

REGIONE
ABRUZZO



REGIONE ABRUZZO

Direzione Politiche Agricole e Sviluppo Rurale Forestale Caccia Pesca Emigrazione

DECRETO LEGISLATIVO 15 MAGGIO 1999, N. 165, ART. 3 BIS E DECRETO MINISTERIALE 27 MARZO 2008

Verbale di sopralluogo e di verifica delle sedi operative **C.A.A.**

Nell'ambito dell'attività istruttoria per la concessione dell'autorizzazione ad operare in qualità di Centro di Assistenza Agricola, relativa alla società _____ i funzionari regionali _____ e _____, in data _____ si sono recati presso la sede operativa, sita in:

Comune	CAP	Indirizzo	Tel	Fax	e-mail

allo scopo di verificarne requisiti minimi di funzionalità ai sensi del D.M. 28/03/2008..

La verifica è stata svolta tramite presa d'atto dei luoghi, dei mezzi, dei materiali, del personale e della documentazione messa a disposizione dalla società richiedente.

Potenzialità operativa

Relativamente alla sede operativa in oggetto, la società ha dichiarato una potenzialità operativa pari a n. _____ utenti.

Giorni e Orario di apertura della sede operativa

	Mattina		Pomeriggio	
Lunedì				
Martedì				
Mercoledì				
Giovedì				
Venerdì				
Sabato				

Parametro	Verificato		Note
Gli spazi della sede operativa sono composti da:			
Una sala di attesa:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Un ufficio ad uso esclusivo del CAA, ovvero anche al contestuale esercizio delle attività CAF:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Un archivio, separato dai precedenti, non accessibile al pubblico, ad uso esclusivo del CAA, che sia in grado di consentire un'agevole consultazione delle pratiche. Gli spazi debbono poter essere chiusi e, in ogni caso, garantire adeguata sicurezza e riservatezza della documentazione conservata:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Un servizio igienico accessibile anche al pubblico:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
La sede operativa del CAA è provvista di appositi contrassegni di identificazione visibili a terzi:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

<p>La disponibilità degli spazi è dimostrata tramite (contratto scritto, proprietà, diritto reale di godimento):</p> <hr/> <hr/> <p>Intestato a _____ in qualità di</p> <hr/> <hr/>	<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>	
<p>Categoria Catastale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> A 10: uffici e studi privati; <input type="checkbox"/> B 4: uffici pubblici; <input type="checkbox"/> C 1: negozi e botteghe; <input type="checkbox"/> D 5: istituti di credito, cambio e assicurazione; <input type="checkbox"/> D 8: fabbricati costruiti o adottati per le speciali esigenze di un'attività commerciale e non suscettibili di destinazione diversa senza radicali trasformazioni 			
<p><i>Attestazione</i> da parte del Comune ove è ubicata la sede operativa, dell'<i>agibilità</i> dei locali ad uso uffici, direzionale, commerciale, da fornire in caso la destinazione catastale non sia una delle precedenti. E' valida anche la presentazione della richiesta di agibilità da parte del CAA o della società di servizi,</p>	<p>SI <input type="checkbox"/></p>	<p>NO <input type="checkbox"/></p>	<p>specificare</p>

Documento programmatico della sicurezza ai sensi dell'art. 34 dell'Allegato B del Codice in materia di protezione dei dati personali del D.L.vo N. 196 del 30/06/2003.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
N. _____ postazione operativa di lavoro, ad uso esclusivo del CAA (computer e/o pc portatile),	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Disponibilità di stampanti.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Specificare n.
Disponibilità di fotocopiatrice:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Specificare n.
Disponibilità di telefono:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Specificare n.
Disponibilità di Fax:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Specificare n.
Disponibilità di sedie, tavoli, scaffalature, armadi, ecc., adeguati all'operatività:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
Collegamento permanente verso internet	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Specificare
<u>Regolamento della sede operativa</u> , redatto dal responsabile della sede operativa e sottoscritto dal legale rappresentante del CAA, definisce i giorni e gli orari di apertura al pubblico; le modalità di reperimento dei dati; i rapporti gerarchici del personale dell'ufficio; un mansionario nel quale siano individuati i compiti e le responsabilità attribuiti a ciascun soggetto operante nella sede operativa; le modalità di trasmissione dei dati all'AGEA; il sistema di controllo adottato per la verifica della veridicità delle dichiarazioni:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

Sulla base della verifica tecnica sopra svolta e della documentazione amministrativa acquisita , I FUNZIONARI INCARICATI PROPONGONO che la sede operativa sia dotata di **idonea** - **non idonea** capacità operativa intesa come possesso di un livello di *mezzi materiali, professionali ed organizzativi* tale da consentire l'adempimento di tutte le necessità degli utenti assistiti e degli organismi pagatori per quanto attiene il reperimento, la verifica, l'informatizzazione, l'elaborazione e la trasmissione dei dati.

Note ed eventuali allegati al verbale:

Luogo e data:

_____, li _____

II RESPONSABILE DELLA SEDE e/o DELLA SOCIETA' AUSILIARIA

Nome

Firma

I FUNZIONARI INCARICATI

Nome

Firma

Nome

Firma

**REGIONE ABRUZZO**

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI SVILUPPO RURALE FORESTALE, CACCIA, PESCA EMIGRAZIONE

O

DECRETO LEGISLATIVO 15 MAGGIO 1999, N. 165, ART. 3 BIS E DECRETO MINISTERIALE 27 MARZO 2008.

Modello "Dich01" – Dichiarazione di incompatibilità

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445)

IL SOTTOSCRITTO | _____ | | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. _____ SESSO _____

|__| |__| |____| |_____| |_____| |__| |__|
giorno mese anno

COMUNE DI RESIDENZA _____ PROV _____

RESIDENTE A _____ | _____ |

NUM. CIV. _____

VIA | _____ | _____ |

CODICE FISCALE | _____ |

In qualità di

- DIPENDENTE**
- COLLABORATORE**
- AMMINISTRATORE**

del CAA / Società di Servizi | _____ |**sede** | _____ |**ai sensi e per gli effetti del DM 27 marzo 2008 e dell'articolo 3 bis del DLgs 165/99 e successive modifiche ed integrazioni, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'articolo 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000****DICHIARA**

1. Di non aver riportato condanne, anche non definite, né provvedimenti sanzionatori stabiliti da sentenze emesse ai sensi dell'art. 444 del codice di procedura penale, per reati finanziari;
2. Di non essere rinviato a giudizio in procedimenti penali pendenti per reati finanziari;
3. Di non aver commesso violazioni gravi e ripetute, alle disposizioni in materia di benefici comunitari, nazionali e regionali nel settore agricolo;
4. Di non trovarsi in una delle condizioni previste dall'art.15, comma 1 della legge 19 marzo 1990 n. 55 come sostituito dall'art. 1 della legge 18 gennaio 1992, n.16;
5. Di non intrattenere con enti pubblici rapporti di lavoro, anche a tempo determinato o parziale, e di consulenza.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della Legge n. 675/96 il sottoscritto autorizza l'acquisizione ed il trattamento, anche informatico, dei dati contenuti nel presente modello, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo _____

Data _____

Firma del richiedente (**)

(**) AI sensi dell'articolo 38 DPR 445 del 28/12/2000, l'istanza e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e inviate insieme alla copia, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

REGIONE ABRUZZO

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI SVILUPPO RURALE FORESTALE, CACCIA, PESCA EMIGRAZIONE

O _____

DECRETO LEGISLATIVO 15 MAGGIO 1999, N. 165, ART. 3 BIS E DECRETO MINISTERIALE 27 MARZO 2008.

Modello "Pers01" – Responsabile sede operativa

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445)

IL SOTTOSCRITTO | _____ | | _____ |
Cognome NomeDATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. _____ SESSO _____
|_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|
giorno mese anno

In qualità di legale rappresentate del CAA/Società di Servizi | _____ |
ai sensi e per gli effetti del DM 27 marzo 2008 e dell'articolo 3 bis del DLgs 165/99 e successive modifiche ed integrazioni,
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate
dall'articolo 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARAChe il **responsabile della sede** previsto dall'articolo 7 del DM 27 marzo 2008 è il signor:| _____ | | _____ |
Cognome NomeDATA DI NASCITA _____ COMUNE DI NASCITA _____ PROV. _____ SESSO _____
|_____| |_____| |_____| |_____| |_____| |_____|
giorno mese annoINDIRIZZO E NUMERO CIVICO _____ TELEFONO _____
| _____ | | _____ |COMUNE _____ PROV. _____ C.A.P. _____
| _____ | | _____ | | _____ |

CODICE FISCALE | _____ |

DELIBERA ORGANO AMMINISTRATIVO N. | _____ | DATA | _____ |

Si allega alla presente

- curriculum vitae
- eventuale attestazione o autocertificazione dell'iscrizione all'albo professionale

del responsabile dal quale si evincano i requisiti professionali previsti dalle "Linee guida relative ai requisiti minimi di garanzia funzionamento e vigilanza delle sedi operative CAA" della Regione Abruzzo.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della Legge n. 675/96 il sottoscritto autorizza l'acquisizione ed il trattamento, anche informatico, dei dati contenuti nel presente modello, e negli eventuali allegati, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo _____

Data _____

Firma del richiedente (**)

(**) Ai sensi dell'articolo 38 DPR 445 del 28/12/2000, l'istanza e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e inviate insieme alla copia, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.



REGIONE ABRUZZO

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI SVILUPPO RURALE FORESTALE, CACCIA, PESCA EMIGRAZIONE

_____ O _____

DECRETO LEGISLATIVO 15 MAGGIO 1999, N. 165, ART. 3 BIS E DECRETO MINISTERIALE 27 MARZO 2008.

Modello "Pers02" – Elenco Personale sede operativa

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445)

IL SOTTOSCRITTO | _____ | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
giorno mese anno COMUNE DI NASCITA PROV. SESSO

In qualità di legale rappresentate del CAA/Società di Servizi | _____ |
ai sensi e per gli effetti del DM 27 marzo 2008 e dell'articolo 3 bis del DLgs 165/99 e successive modifiche ed integrazioni,
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate
dall'articolo 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

che il personale operante presso la propria sede CAA sita nel comune di | _____ |

Prov. | _____ | via | _____ | n. | _____ |

consta di n _____ persone ed è il seguente:

| _____ | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
giorno mese anno COMUNE DI NASCITA PROV. SESSO

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO | _____ | _____ | _____ |
TELEFONO

COMUNE | _____ | _____ | _____ |
PROV. C.A.P.

QUALIFICA | _____ | C.F. | _____ |

| _____ | _____ |
Cognome Nome

DATA DI NASCITA | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
giorno mese anno COMUNE DI NASCITA PROV. SESSO

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO | _____ | _____ | _____ |
TELEFONO

COMUNE | _____ | _____ | _____ |
PROV. C.A.P.

QUALIFICA | _____ | C.F. | _____ |

_____			_____		
Cognome			Nome		
DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA	PROV.	SESSO	
__	__	_____	_____	_____	_____
giorno	mese	anno			
INDIRIZZO E NUMERO CIVICO				TELEFONO	
_____				_____	
COMUNE			PROV.	C.A.P.	
_____			_____	_____	
QUALIFICA			_____		
_____			C.F. _____		

_____			_____		
Cognome			Nome		
DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA	PROV.	SESSO	
__	__	_____	_____	_____	_____
giorno	mese	anno			
INDIRIZZO E NUMERO CIVICO				TELEFONO	
_____				_____	
COMUNE			PROV.	C.A.P.	
_____			_____	_____	
QUALIFICA			_____		
_____			C.F. _____		

_____			_____		
Cognome			Nome		
DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA	PROV.	SESSO	
__	__	_____	_____	_____	_____
giorno	mese	anno			
INDIRIZZO E NUMERO CIVICO				TELEFONO	
_____				_____	
COMUNE			PROV.	C.A.P.	
_____			_____	_____	
QUALIFICA			_____		
_____			C.F. _____		

_____			_____		
Cognome			Nome		
DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA	PROV.	SESSO	
__	__	_____	_____	_____	_____
giorno	mese	anno			
INDIRIZZO E NUMERO CIVICO				TELEFONO	
_____				_____	
COMUNE			PROV.	C.A.P.	
_____			_____	_____	
QUALIFICA			_____		
_____			C.F. _____		

_____			_____		
Cognome			Nome		
DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA		PROV.	SESSO
__	__	_____	_____	_____	_____
giorno	mese	anno			
INDIRIZZO E NUMERO CIVICO				TELEFONO	
_____				_____	
COMUNE			PROV.	C.A.P.	
_____			_____	_____	
QUALIFICA _____			C.F. _____		

_____			_____		
Cognome			Nome		
DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA		PROV.	SESSO
__	__	_____	_____	_____	_____
giorno	mese	anno			
INDIRIZZO E NUMERO CIVICO				TELEFONO	
_____				_____	
COMUNE			PROV.	C.A.P.	
_____			_____	_____	
QUALIFICA _____			C.F. _____		

_____			_____		
Cognome			Nome		
DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA		PROV.	SESSO
__	__	_____	_____	_____	_____
giorno	mese	anno			
INDIRIZZO E NUMERO CIVICO				TELEFONO	
_____				_____	
COMUNE			PROV.	C.A.P.	
_____			_____	_____	
QUALIFICA _____			C.F. _____		

Si allegano alla presente i curriculum vitae e/o le eventuali attestazione o autocertificazione dell'iscrizione all'albo professionale del personale indicato dal quale si evincano i requisiti professionali previsti dalle "Linee guida relative ai requisiti minimi di garanzia funzionamento e vigilanza delle sedi operative CAA" della Regione Abruzzo.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della Legge n. 675/96 il sottoscritto autorizza l'acquisizione ed il trattamento, anche informatico, dei dati contenuti nel presente modello, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo

Data

Firma del richiedente (**)

(**) AI sensi dell'articolo 38 DPR 445 del 28/12/2000, l'istanza e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e inviate insieme alla copia, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente, tramite un incaricato oppure a mezzo posta.

**REGIONE ABRUZZO**

DIREZIONE POLITICHE AGRICOLE E DI SVILUPPO RURALE FORESTALE, CACCIA, PESCA EMIGRAZIONE

O

DECRETO LEGISLATIVO 15 MAGGIO 1999, N. 165, ART. 3 BIS E DECRETO MINISTERIALE 27 MARZO 2008.

Modello "Pers03" – Variazione Personale sede operativa

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(ART. 47 DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445)

IL SOTTOSCRITTO | _____ | | _____ |
Cognome NomeDATA DI NASCITA | ____ | | ____ | | ____ | | _____ | | _____ | | ____ | | ____ |
giorno mese anno COMUNE DI NASCITA PROV. SESSO

In qualità di legale rappresentate del CAA/Società di Servizi | _____ |
ai sensi e per gli effetti del DM 27 marzo 2008 e dell'articolo 3 bis del DLgs 165/99 e successive modifiche ed integrazioni,
consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate
dall'articolo 76 del DPR n. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

che il personale operante presso la propria sede CAA sita nel comune di | _____ |

Prov. | _____ | via | _____ | n. | _____ |

precedentemente comunicato è variato con il seguente:

| _____ | | _____ |
Cognome NomeDATA DI NASCITA | ____ | | ____ | | ____ | | _____ | | _____ | | ____ | | ____ |
giorno mese anno COMUNE DI NASCITA PROV. SESSO

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO | _____ | | _____ | TELEFONO

COMUNE | _____ | | _____ | | _____ |
PROV. C.A.P.

QUALIFICA | _____ | C.F. | _____ |

- NON E' PIU' DIPENDENTE/COLLABORATORE
- E' UN NUOVO DIPENDENTE / COLLABORATORE
- SOSTITUISCE IL SOTTOINDICATO DIPENDENTE/COLLABORATORE PRECEDENTEMENTE INDICATO.

| _____ | | _____ |
Cognome Nome

Si allega alla presente il curriculum vitae e/o le eventuali attestazione o autocertificazione dell'iscrizione all'albo professionale
del personale indicato dal quale si evincano i requisiti professionali previsti dalle "Linee guida relative ai requisiti minimi di
garanzia funzionamento e vigilanza delle sedi operative CAA" della Regione Abruzzo.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 10 della Legge n. 675/96 il sottoscritto autorizza l'acquisizione ed il trattamento, anche
informatico, dei dati contenuti nel presente modello, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente
dichiarazione viene resa.

Luogo

Data

Firma del richiedente (**)

(**) AI sensi dell'articolo 38 DPR 445 del 28/12/2000, l'istanza e le dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà sono sottoscritte dall'interessato in presenza del
dipendente addetto ovvero sottoscritte e inviate insieme alla copia, non autenticata, di un documento di identità del sottoscrittore, all'ufficio competente, tramite un
incaricato oppure a mezzo posta.