

	REGIONE PIEMONTE	ANAGRAFE AGRICOLA DEL PIEMONTE RICHIESTA DI CESSAZIONE PRIVATI (mod. P.3)	Spazio riservato al protocollo:
---	-----------------------------	--	---------------------------------

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Artt. 47 e 38 del DPR 445/2000)

DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO

CODICE FISCALE (CUAA)			
COGNOME			
NOME			
SOGGETTO NON INTESTATARIO DI DITTA UMA (utenti motori agricoli)	<input type="checkbox"/>		
SOGGETTO INTESTATARIO DI DITTA UMA	N.	PROV.	ATTIVA <input type="checkbox"/> CESSATA <input type="checkbox"/>

CESSAZIONE DEFINITIVA DELLA POSIZIONE ANAGRAFICA

PER CESSAZIONE DELLA CONDIZIONE DI BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>	PER DECESSO	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	-------------	--------------------------

CESSAZIONE CON SUBENTRO DI UN NUOVO BENEFICIARIO

PER CESSAZIONE DELLA CONDIZIONE DI BENEFICIARIO	<input type="checkbox"/>	PER DECESSO	<input type="checkbox"/>
SOGGETTO SUBENTRANTE	CODICE FISCALE (CUAA)		
	COGNOME		
	NOME		

L'iscrizione in anagrafe agricola del soggetto subentrante dovrà essere richiesta con l'apposito modulo.

Io sottoscritto,

dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, e della conseguente decadenza da eventuali benefici, di cui agli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000;

Luogo e data _____

Firma _____
(per esteso e leggibile)

Informativa sul trattamento dei dati personali

Tutti i dati riportati vengono mantenuti nel rispetto del d.lgs 196/2003 "Codice in materia di trattamento dei dati personali", e saranno utilizzati per fini istituzionali dalla pubblica amministrazione anche al di fuori dei procedimenti amministrativi per i quali la richiesta di iscrizione all'anagrafe è stata presentata.

Si dichiara inoltre di ottemperare a quanto previsto dalla legge in materia di sicurezza dei dati e che i dati personali oggetto di trattamento verranno controllati in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione degli stessi, perdita accidentale, accesso non autorizzato, trattamento non consentito.

Si allega la fotocopia leggibile di un documento di identità in corso di validità.