ALLEGATO 4

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000)

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____
il _____ Codice fiscale _____
in qualità di *(barrare l'opzione di interesse)* □ rappresentante legale
□ soggetto dotato di idonei poteri di firma
□ altro: _____
del Produttore / Beneficiario: _____
con sede in _____ Prov._____
Via _____CAP _____
Codice fiscale _____ Partita IVA _____
e- mail _____ PEC _____ cellulare_____

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

DICHIARA

in riferimento alla domanda di pagamento n. _____ del PSR 2014-2020, di essere impossibilitato a consentire la visita al luogo in cui è stata realizzata l'operazione, a causa delle misure di confinamento di cui al DPCM 22/03/2020 e delle altre autorità competenti, concernenti le limitazioni alle possibilità di spostamento

Per i motivi sopra esposti,

CHIEDE

l'applicazione della deroga all'obbligo della visita sul luogo dell'operazione, a causa delle circostanze eccezionali sopra evidenziate, ai sensi dell'art. 51 paragrafo 4 del Reg. (UE) 809/2014.

(luogo e data)_____ (firma)_____

Documento pubblico