Modulistica A - Deliberazione della Giunta regionale n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Centri autorizzati di assistenza agricola (C.A.A.)**

Alla

**REGIONE EMILIA-ROMAGNA**

**Direzione Generale Agricoltura**

**Servizio Programmi, Monitoraggio e Valutazione**

**Viale Della Fiera, 8 - 40127 Bologna**

***Oggetto:*** Decreto Ministero delle Politiche agricole, alimentari e forestali 21 febbraio 2024. Richiesta concessione dell'abilitazione ad operare in qualità di Centro autorizzato di assistenza agricola (C.A.A.).

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, legale rappresentante della Società\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*c h i e d e*

per la Società stessa l'abilitazione ad operare come Centro autorizzato di assistenza Agricola (C.A.A.), ai sensi delle norme richiamate in oggetto.

A tale scopo, compila i seguenti "Quadri" ed allega la documentazione indicata, rendendosi nel contempo disponibile a fornire ulteriori elementi se ritenuti necessari all’istruttoria da parte della Regione.

Allega, oltre a quanto indicato nei successivi "Quadri",

|  |  |
| --- | --- |
|  | * *Copia dell'atto costitutivo e dello statuto della società richiedente.*
 |
|  | * *Copia della polizza assicurativa, con massimale di rischio coperto pari ad Euro 2.065.827,60, stipulata ai sensi del comma 1 dell'art. 5 del D.M. 83709 del 21 febbraio 2024, da cui risulta l'impegno della Compagnia assicuratrice a fornire immediata comunicazione alla Regione Emilia-Romagna, nonché agli organismi pagatori, di ogni circostanza che comporti il ridimensionamento (che non può comportare la definizione di un massimale di rischio coperto inferiore ad Euro 2.065.827,60) ovvero la cessazione o il venir meno della garanzia assicurativa.*
* *Copia della certificazione ISO27001, in corso validità;*
* *Proposta formativa di gestione dei propri operatori per la prevenzione della corruzione per le attività svolte con particolare attenzione alla tematica delle frodi comunitarie;*
* *Copia del codice etico e del modello organizzativo e di gestione ai sensi del D. Lgs. n. 231/2001, predisposto secondo le indicazioni di cui all’articolo 12, comma 4 del D.M. 83709 del 21 febbraio 2024;*
* *Fac simile del mandato standard generale per la costituzione, aggiornamento e gestione del fascicolo aziendale, e, ove presente, fac simile di un mandato specifico per la eventuale gestione di una singola istanza,*
* *Fac simile di carta dei servizi contenente le illustrazioni delle condizioni soggettive ed oggettive regolante l’attività prestata;*
 |
|  | * *Relazione tecnica sulla capacità operativa (compresi il numero e la qualità delle dotazioni informatiche) della Società richiedente, anche in ordine all'eventuale affidamento a Società di servizi di compiti operativi ai sensi dell'art. 12 del D.M. 83709 del 21 febbraio 2024.*
 |
|  | * *Relazione sull'organizzazione degli uffici, descrizione delle mansioni e ruoli degli operatori addetti, anche in ordine all'eventuale affidamento a Società di servizi di compiti operativi ai sensi dell'art. 12 del D.M. 83709 del 21 febbraio 2024, con evidenziata la distinzione tra operatori “istruttori” e “verificatori”, noncheè eventuali “SARE”, in caso di operatori operanti in distacco.*
 |
|  | * *Titolo di conduzione dei locali (proprietà, contratto di affitto oppure dichiarazione di comodato)*
* *Prospetto orari apertura singole sedi*
 |
|  | * *Documento di valutazione del rischio ai sensi del Decreto Legislativo n. 81/2008 e certificato di agibilità*
 |
|  | * *Delibera dell'organo amministrativo del C.A.A. e delle società di cui esso si avvale nella quale sia prevista la certificazione del bilancio annuale da parte di società di revisione a ciò abilitate ovvero la funzione di revisione interna secondo i requisiti stabiliti dalla Associazione italiana internal auditor, ove già disponibile*
 |

Dichiara:

* di essere a conoscenza e di accettare espressamente le condizioni previste all'art. 17 del D.M. 83709 del 21 febbraio 2024, riguardanti le società di servizi e la responsabilità delle attività da esse svolte;
* di avvalersi di dipendenti subordinati e/o equiparati, per i quali sono adempiuti gli obblighi di natura lavoristica, fiscale, previdenziale, assistenziale ed assicurativa;
* di impegnarsi ad adeguarsi al Sistema di gestione per la prevenzione della corruzione adottata, allineato al Sistema di Gestione per la prevenzione della Corruzione vigente dell’Organismo Pagatore;

Al fine di consentire i controlli da parte della Regione Emilia-Romagna, si forniscono i seguenti dati

1. recapito corrispondenza:
	* sede legale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	* sede operativa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. totale dipendenti: n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. totale dipendenti addetti al servizio: n. \_\_\_\_\_\_ istruttori e n. \_\_verificatori
4. C.C.N.L. applicato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiara infine:

* ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali previste dalla vigente normativa per coloro che rendono attestazioni false o incomplete, che quanto dichiarato nella presente domanda e relativi allegati corrisponde al vero
* di aver compilato i "Quadri"

# F

# F

**A**

**B**

**C**

**D**

**E**

**G**

**H**

Data Timbro e firma digitale



Modulistica A - Deliberazione della Giunta regionale n. \_\_ data \_\_\_\_\_

**Centri autorizzati di assistenza agricola (C.A.A.)**

**QUADRO A -** Ragione sociale della Società richiedente

Ragione sociale della Società richiedente:

Sede sociale cap comune provincia

**Codice fiscale**

via/piazza n.

Codice Fiscale P. IVA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**QUADRO B -** Dati anagrafici degli Amministratori della Società richiedente e, ove previsti, dei componenti il Collegio Sindacale

Amministratori della Società richiedente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | cognome nome carica ricoperta nella Società richiedente:  | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |
| **2** | cognome nome carica ricoperta nella Società richiedente:  | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |
| **3** | cognome nome carica ricoperta nella Società richiedente:  | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |

Data Timbro e firma digitale

Modulistica A - Deliberazione della Giunta regionale n. \_\_ data \_\_\_\_\_

**Centri autorizzati di assistenza agricola (C.A.A.)**

**segue quadro B** - Collegio Sindacale della Società richiedente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | cognome nome carica ricoperta nel Collegio sindacale della Società richiedente: | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |
| **2** | cognome nome carica ricoperta nel Collegio sindacale della Società richiedente: | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |
| **3** | cognome nome carica ricoperta nel Collegio sindacale della Società richiedente: | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |
| **4** | cognome nome carica ricoperta nel Collegio sindacale della Società richiedente: | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |
| **5** | cognome nome carica ricoperta nel Collegio sindacale della Società richiedente:  | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |

Data Timbro e firma digitale



Modulistica A - Deliberazione della Giunta regionale n. \_\_ data \_\_\_\_\_

**Centri autorizzati di assistenza agricola (C.A.A.)**

 **QUADRO C -** Dati anagrafici e requisiti del responsabile tecnico della Società richiedente (art. 7, comma 4, D.M. 83709 del 21 febbraio 2024):

Responsabile tecnico della Società richiedente:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | cognome nome titolo di studioNominato Responsabile Tecnico con delibera n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dell'Organo Amminstrativo:  | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |

Titolo di studio posseduto (comma 2 articolo 11 D.M 21 febbraio 2024)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| ***Ovvero*** |
| attestazione - ovvero autocertificazione - relativa ad attività lavorativa *svolta per almeno tre anni*, con mansioni di concetto, all'interno di associazioni sindacali o di categoria del settore agricolo, nello specifico campo dell'assistenza ai produttori per l'ottenimento di contributi sottostanti ai piani di intervento della Comunità europea |

Si allega inoltre:

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 | attestazione - ovvero autocertificazione - relativa all'iscrizione per almeno due anni all'albo professionale  |
|  | ***Ovvero*** |
| 🞎 | attestazione - ovvero autocertificazione - relativa ad un'esperienza lavorativa *almeno biennale* nel campo dell'assistenza o della consulenza amministrativa in favore di operatori agricoli  |
|  |  |
|  |  |

Data Timbro e firma digitale



Modulistica A - Deliberazione della Giunta regionale n. \_\_ data \_\_\_\_\_

**Centri autorizzati di assistenza agricola (C.A.A.)**

**QUADRO D -** Ambito territoriale ed elenco delle sedi in cui si intende prestare l'assistenza agli utenti

Indicazione dell' ambito territoriale nel quale si intende operare per lo svolgimento delle attività di Centro autorizzato di assistenza agricola:

|  |
| --- |
|  |

Sedi presso le quali si intende prestare l'assistenza agli utenti:

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | Regione ProvinciaComueIndirizzo |
| **2** | Regione ProvinciaComueIndirizzo  |
| **3** | Regione ProvinciaComueIndirizzo  |
| **4** | Regione ProvinciaComueIndirizzo  |
| **5** | Regione ProvinciaComueIndirizzo  |
| **6** | Regione ProvinciaComueIndirizzo  |
|  |  |

Data Timbro e firma digitale



Modulistica A - Deliberazione della Giunta regionale n. \_\_ data \_\_\_\_\_

**Centri autorizzati di assistenza agricola (C.A.A.)**

**QUADRO E -** Dati anagrafici degli Amministratori della Società di servizi di cui la Società richiedente intende avvalersi ed indicazione delle specifiche attività da affidare alla stessa

Amministratori della Società di servizi di cui la Società richiedente intende avvalersi:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | cognome nome carica ricoperta nella Società di servizi:  | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |
| **2** | cognome nome carica ricoperta nella Società di servizi: | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |
| **3** | cognome nome carica ricoperta nella Società di servizi: | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |
| **4** | cognome nome carica ricoperta nella Società di servizi: | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |
| **5** | cognome nome carica ricoperta nella Società di servizi:  | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |
| **6** | cognome nome carica ricoperta nella Società di servizi: | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |

Data Timbro e firma digitale



Modulistica A - Deliberazione della Giunta regionale n. \_\_ data \_\_\_\_\_

**Centri autorizzati di assistenza agricola (C.A.A.)**

**segue quadro E** - Collegio Sindacale della Società di servizi:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1** | cognome nome carica ricoperta nel Collegio sindacale della Società di servizi: | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |
| **2** | cognome nome carica ricoperta nel Collegio sindacale della Società di servizi: | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |
| **3** | cognome nome carica ricoperta nel Collegio sindacale della Società di servizi: | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |
| **4** | cognome nome carica ricoperta nel Collegio sindacale della Società di servizi: | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |
| **5** | cognome nome carica ricoperta nel Collegio sindacale della Società di servizi: | comune di nascitadata di nascitacodice fiscalecomune di residenzaindirizzo di residenza |

Data Timbro e firma digitale



Modulistica A - Deliberazione della Giunta regionale n. \_\_ data \_\_\_\_\_

**Centri autorizzati di assistenza agricola (C.A.A.)**

**segue quadro E** - Indicazione delle specifiche attività da affidare alla Società di servizi di cui la Società richiedente intende avvalersi

|  |  |
| --- | --- |
| ***numero******progressivo*** | ***Descrizione delle attività da affidare*** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Data Timbro e firma digitale



Modulistica A - Deliberazione della Giunta regionale n. \_\_ data \_\_\_\_\_

**Centri autorizzati di assistenza agricola (C.A.A.)**

**QUADRO F**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA**

resa ai sensi degli articoli 46 e 47 del dpr 28 dicembre 2000, n. 445

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A[[1]](#footnote-1)**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_

 comune di nascita provincia gg mm anno

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 comune di residenza provincia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Località, via - n umero civico

codice fiscale

in qualità di amministratore sindaco

 dipendente altro (indicare tipo contratto)

della Società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ragione sociale della Società

tipo di società:

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 | Società richiedente la concessione dell'abilitazione a operare in qualità di Centro autorizzato di assistenza agricola (C.A.A.) ai sensi del D.M. 21/2/2024  |
| 🞎 | Società di servizi di cui si avvale la Società richiedente, ai sensi dell'art. 17 del D.M. 21/2/2024 |

🞎 (altro – specificare se Associazione che compone il CAA stesso, o socio delle società di servizi per l’esercizio delle attività CAA)

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

**D I C H I A R A**

1. di possedere il seguente titolo di studio/esperienza professionale (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di essere iscritto all’albo/elenco professionale (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. di essere inquadrato in regime di lavoro (specificare)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. 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;
5. di non essere rinviato a giudizio in procedimenti penali pendenti per reati finanziari;
6. di non aver commesso violazioni gravi e ripetute, alle disposizioni in materia di benefici comunitari, nazionali e regionali al settore agricolo;
7. di non trovarsi in una delle condizioni previste dall'art. 67 del D. Lgs. 159/2011;
8. di non intrattenere con Enti pubblici rapporti di lavoro, anche a tempo determinato o parziale, e di consulenza;
9. di non intrattenere rapporti di consulenza con soggetti provati, per le situazioni confliggenti;
10. di svolgere attività solamente per il CAA del quale sono dipendente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma[[2]](#footnote-2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 luogo data



Modulistica A - Deliberazione della Giunta regionale n. \_\_ data \_\_\_\_\_

**Centri autorizzati di assistenza agricola (C.A.A.)**

**QUADRO G**

Fac simile prospetto da utilizzare per elenco sedi operative e dipendenti associati

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sede operativa CAA- indicare indirizzo | Numero operatori associati alla sede | Numero fascicoli gestiti | Ettari condotti |
|  |  |  |  |

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma DiGitale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



Allegato A - Deliberazione della Giunta regionale n. \_\_ data \_\_\_\_\_

**Centri autorizzati di assistenza agricola (C.A.A.)**

**QUADRO H**

Fac simile prospetto da utilizzare per ciascuna sede operativa e dipendenti associati

|  |
| --- |
| Sede operativa CAA: indicare indirizzo, riferimenti telefonici email/pec, eventuale società di servizi associata |
| Nome e cognome operatore | Codice fiscale del dipendente | Tipo di contratto\* del dipendente | Ruolo attribuito (istruttore o verificatore) | Titolo di studio dipendente o alternativamente esperienza lavorativa | Orario contrattualizzato | Data inizio e scadenza contratto | Eventuale dichiarazione SARE | Denominazione e Codice fiscale datore di lavoro | Matricola INPS del datore di lavoro associato a ciascun lavoratore | Sede INPS competente | Eventuale ulteriore attività (indicare tipo, e relativo datore lavoro) |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |

\* Tipi di contratto ammissibili:

* Apprendistato, contratto di lavoro a tempo indeterminato finalizzato alla formazione e all’occupazione giovanile;
* Contratto di lavoro intermittente;
* Contratto di somministrazione,
* Distacco e comando (proveniente dalle associazioni che compongono il CAA o dai singoli soci che costituiscono l’associazione medesima, o dalle relative diramazioni territoriali, tenendo conto della specifica organizzazione societaria del CAA, dai soci delle società di servizi, per l’esercizio delle attività CAA di cui all’art. 6 del D. Lgs. n. 74/2018)

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Firma Digitale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. La dichiarazione deve essere rilasciata, per la parte di competenza, da ciascuno degli amministratori, sindaci (se previsti), e dipendenti della Società richiedente e della Società di servizi. [↑](#footnote-ref-1)
2. La presente dichiarazione non richiede l'autenticazione della firma e sostituisce a tutti gli effetti le normali certificazioni richieste o destinate ad una pubblica amministrazione, nonché ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentano. Ai sensi dell’art. 38 del D.P.R. n. 445/2000, la dichiarazione deve essere sottoscritta in presenza dell’addetto al ricevimento della domanda di abilitazione ovvero sottoscritta e inviata all’ufficio competente allegando la fotocopia (non autenticata) di un valido documento di identità., oppure deve essere sottoscritta digitalmente [↑](#footnote-ref-2)