



All. a)

All'A.T.C. PROVINCIA DI FOGGIA
Via Manfredonia km 2,500
71122 Foggia (Fg)

OGGETTO: Domanda di partecipazione all'Avviso pubblico per l'erogazione di una tantum per la gestione dei Centri di Raccolta Selvaggina (CRS) sul territorio della Provincia di Foggia.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
(____) il _____ C.F. _____
residente in _____ (____) via _____
in qualità di:

- Legale Rappresentante
- Titolare
- Presidente
- Altro (specificare) _____

dell'Ente/Associazione/Ditta _____
con sede legale in _____
C.F./P.IVA _____
telefono _____ PEC _____
email _____

CHIEDE

di essere ammesso/a al contributo previsto dall'Avviso pubblico per la gestione del Centro di Raccolta Selvaggina (CRS) sito in:

Comune di _____
Indirizzo _____

DICHIARA

(ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76)

1. Che il Centro di Raccolta Selvaggina è regolarmente riconosciuto e autorizzato dall'Autorità Sanitaria competente (ASL), con provvedimento n. _____ del _____;
2. Di detenere la piena e continuativa disponibilità della struttura per l'intera durata quinquennale prevista dall'Avviso;

3. Di impegnarsi a rispettare tutti gli obblighi previsti dal Bando e dalla Convenzione, ivi comprese:
 - o l'apertura continuativa 7 giorni su 7 durante il periodo venatorio e di selezione;
 - o il servizio di reperibilità dalle ore 08:00 fino a 2 ore dopo il tramonto;
 - o la predisposizione e trasmissione all'ATC del Regolamento interno con indicazione degli orari di apertura;
 - o l'accettazione dei capi conferiti da tutti gli aventi diritto;
4. Di non trovarsi in condizioni di esclusione da contributi pubblici;
5. Di impegnarsi al rispetto del divieto di doppio finanziamento;
6. Di essere consapevole che l'eventuale perdita dei requisiti comporta la decadenza dal contributo e l'obbligo di restituzione delle somme percepite.

ALLEGA

- Copia documento di identità
- Titolo di disponibilità dell'immobile (atto di proprietà/contratto registrato)
- Planimetria catastale
- Copia autorizzazione sanitaria CRS
- Regolamento interno del CRS
- IBAN per accredito contributo

Luogo e data _____

Firma