

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Socio n. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ nella sua qualità di (1) \_\_\_\_\_

dell'azienda agricola denominata (2) \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_

- conosciuto il contenuto del Regolamento UE 702/2014;
- conosciuto il Reg. UE 1307/2013;
- conosciuto il Reg. UE 1305/2013 artt. 36 e 37;
- Visto il Piano Gestione del Rischio per l'anno 2024;
- Conosciuto l'avviso pubblico MIPAAF n. 24810 del 24/11/2015;
- Conosciuto il contenuto del Decreto 12 gennaio 2015 Semplificazione della gestione della PAC 2014-2020 n°162 del 12-01-2015 capo III Gestione del Rischio - in attuazione al PSRN (Programma di Sviluppo Rurale Nazionale);
- Conosciuto il contenuto del D.Lgs. n.102/2004 modificato dal D.Lgs. n.82/2008, concernente "interventi finanziari a sostegno delle imprese agricole";

**D I C H I A R A S O T T O L A P R O P R I A R E S P O N S A B I L I T A'**

- 1) Di essere in possesso della qualifica di agricoltore attivo ai sensi del Regolamento U.E. 1307/2013 art.9 e successive norme vigenti ai fini delle polizze agevolate;
- 2) Che le produzioni assicurate non eccedono i limiti delle rese unitarie per ettaro eventualmente fissate dalle norme vigenti e, se soggette, dai disciplinari di produzione e iscritte nel relativo albo; si impegna a comunicare al Condifesa eventuali variazioni alle produzioni, intervenute dopo la sottoscrizione del certificato di assicurazione oltre alla presentazione di un nuovo PGIR, sollevando il Condifesa da ogni responsabilità in merito;
- 3) Che per il corrente anno ha provveduto ad assicurare tutta la produzione aziendale per tipo di coltura vegetale e comune;
- 4) Che i dati catastali e le superfici agricole utilizzate, inseriti nei certificati di assicurazione stipulati ed intestati all'Azienda sopra indicata, sono esatti, veritieri e corrispondono ai dati ufficiali riportati nel PGIR, ed autorizza fino a revoca il Contraente e/o società da esso controllate o partecipate ad accedere ai propri dati presso l'O.P. e SIAN per controlli. In caso di inesatta esposizione dei dati catastali riportati sul certificato/richesta di assicurazione prevale la descrizione ufficiale riportata nel PGIR;
- 5) Di impegnarsi al pagamento dei contributi consortili ed a rimborsare al Contraente i contributi pubblici accreditati che saranno liquidati direttamente al Socio/Assicurato. Si impegna, inoltre, a farsi carico direttamente dell'ammontare dei contributi che dovessero, in fase di controllo, essere negati dagli Enti di Vigilanza per qualunque motivo;
- 6) Di essere consapevole che l'eventuale parte di premio non pagata o non coperta dall'intervento pubblico dovrà essere corrisposta al Contraente entro i termini, comprese penali e/o interessi di eventuali morosità per ritardati pagamenti, nel rispetto delle deliberazioni prese dagli Organi Istituzionali del Consorzio;
- 7) Che per i beni oggetto di copertura assicurativa agevolata non sono state sottoscritte polizze con altro Contraente e non sono state sottoscritte polizze agevolate individuali;
- 8) Di aver indicato eventuali coperture integrative non agevolate, legate al medesimo bene oggetto di assicurazione agevolata.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

(firma leggibile) \_\_\_\_\_

**N.B.: ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITA' VALIDO**

- 1) -Titolare, Legale Rappresentante, ecc.
- 2) -Ragione Sociale, omonima, ecc.

**CLAUSOLA DI MOROSITA'**

Ai sensi dell'art. 1.891 del C.C. 2^comma, con riferimento ai certificati di assicurazione agevolata e non, da me sottoscritti nella Campagna 2024 con il Co.Di.Pr.A. Toscano, in caso di morosità nel pagamento di quanto da me dovuto al Co.Di.Pr.A. Toscano a titolo di contributo associativo ed assicurativo per l'anno 2024 e precedenti, espressamente autorizzo il Condifesa a comunicare detta morosità alla Società di Assicurazione e autorizzo la stessa Società a versare direttamente al Co.Di.Pr.A. Toscano l'intero ammontare degli eventuali risarcimenti maturati, che rilascerà quietanza liberatoria e che provvederà a risarcire direttamente al socio l'eventuale parte di risarcimento eccedente il debito

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

(firma leggibile) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto, conoscere ed accettare le Condizioni contrattuali di assicurazione inerenti alla copertura assicurativa collettiva sottoscritta dal Co.Di.Pr.A. Toscano per l'anno 2024, ai sensi del Regolamento Ivass 40 e 41 del 2018 e succ. modifiche, prima dell'adesione alla copertura assicurativa.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

(firma leggibile) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nella sua qualità di Agente dell'Agenzia di \_\_\_\_\_ Compagnia Assicurativa \_\_\_\_\_ dichiara che la firma apposta in calce alla presente dal Sig/Sig.ra \_\_\_\_\_ è autentica.

(Firma leggibile dell'agente) \_\_\_\_\_