

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) _____