

PSR Basilicata 2014 – 2020
Modulo per richiedere il primo accreditamento al
Sistema Informativo Agricolo Nazionale (S.I.A.N.)

All'Autorità di Gestione
del PSR Basilicata 2014-2020
via V. Verrastro, 10
85100 POTENZA

Il sottoscritto _____

C. F. _____ P.IVA _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ Via/Piazza _____

Cap _____

Tel - Fax _____ e-mail _____

Iscritto al n° _____ dell'Ordine /Albo / Collegio Professionale dei _____

con sede in _____ ,

CHIEDE

l'accreditamento e l'autorizzazione di accesso al S. I. A. N. finalizzato alla compilazione della domande on – line per finanziamenti inerenti il P. S. R. Basilicata 2014 - 2020, quale SOGGETTO DELEGATO, in accordo con la normativa vigente e con gli atti all'uopo stipulati con la Regione Basilicata

DICHIARA

che i dati identificativi del/dei soggetto/soggetti per i quali si opererà sul portale sono solo quelli di seguito indicati:

CUAA _____ **Denominazione** _____ **estremi**
operazione da accreditare (indicare ad es. il bando o altra procedura, se trattasi di domanda di aiuto o di pagamento ecc.)

CUAA _____ **Denominazione** _____ **estremi**
operazione da accreditare (indicare ad es. il bando o altra procedura, se trattasi di domanda di aiuto o di pagamento ecc.)

CUAA _____ **Denominazione** _____ **estremi**
operazione da accreditare (indicare ad es. il bando o altra procedura, se trattasi di domanda di aiuto o di pagamento ecc.)

ALLEGA

- a) delega, debitamente sottoscritta, di ciascun soggetto con relativa copia del documento di identità leggibile ed in corso di validità;
- b) copia del proprio documento di identità leggibile ed in corso di validità;
- c) documento comprovante l'iscrizione all'Ordine / Albo / Collegio.

Data _____

Timbro e Firma _____

PSR Basilicata 2014 – 2020
Modulo di integrazione alla richiesta di accreditamento al
Sistema Informativo Agricolo Nazionale (S.I.A.N.)

All'Autorità di Gestione
del PSR Basilicata 2014-2020
via V. Verrastro, 10
85100 POTENZA

Il sottoscritto _____

C. F. _____ P.IVA _____

nato/a _____ il _____

residente in _____ Via/Piazza _____

Cap _____

Tel - Fax _____ e-mail _____

Iscritto al n° _____ dell'Ordine /Albo / Collegio Professionale dei _____

con sede in _____ ,

CHIEDE

l'integrazione alla richiesta di accreditamento all'accesso al S. I. A. N. per le sotto riportate ditte

DICHIARA

che i dati identificativi del/dei soggetto/soggetti per i quali si opererà sul portale sono solo quelli di seguito indicati:

CUAA _____ **Denominazione** _____ **estremi**
operazione da accreditare (indicare ad es. il bando o altra procedura, se trattasi di domanda di aiuto o di pagamento ecc.)

CUAA _____ **Denominazione** _____ **estremi**
operazione da accreditare (indicare ad es. il bando o altra procedura, se trattasi di domanda di aiuto o di pagamento ecc.)

CUAA _____ **Denominazione** _____ **estremi**
operazione da accreditare (indicare ad es. il bando o altra procedura, se trattasi di domanda di aiuto o di pagamento ecc.)

ALLEGA

delega, debitamente sottoscritta, di ciascun soggetto con relativa copia del documento di identità leggibile ed in corso di validità.

Data _____

Timbro e Firma _____