**Allegato H)**

**DICHIARAZIONE IAP**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ titolare dell’impresa agricola ditta individuale denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUAA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

oppure socio della società agricola denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUAA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ oppure socio amministratore della cooperativa agricola denominazione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CUAA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**dichiara**

di essere in possesso dei requisiti di tempo e reddito per la qualifica di IAP in quanto:

□ in possesso di posizione INPS in qualità di CD, dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ secondo quanto previsto dalla DGR 15.4.2005 n. 798

di essere in possesso delle conoscenze professionali per la qualifica di IAP in quanto, secondo il caso:

□ iscritto INPS come CD continuativamente dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e pertanto per almeno un triennio antecedente alla domanda di accesso al PSR

□ in possesso di diploma di laurea in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o di diploma di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ conseguito presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e in quanto titoli previsti dalla DGR 15.4.2005. n. 798

□ in possesso di attestato di frequenza di corso di formazione complementare agraria della durata di almeno 150 ore organizzato dalla Regione, secondo quanto previsto dalla DGR 14.4.2005, n. 798 (specificare data attestazione e titolo del corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

□ operando in zone prevalentemente svantaggiate svolge esercizio triennale di attività agricola in base a data apertura P.IVA (data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

OPPURE dichiara:

di essere in possesso dei requisiti di tempo e reddito per la qualifica di IAP in quanto:

□ ha ottenuto iscrizione definitiva INPS in qualità di IAP dal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. di posizione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a seguito di certificazione rilasciato dalla Regione competente

 Firma