

MANDATO A FAVORE DEL CONSORZIO DI DIFESA - CONDIFESA MODENA

Il sottoscritto

Nominativo (*)

Codice fiscale (*)

legale rappresentante / munito del potere di rappresentanza dell'impresa

Ragione sociale (*)

CUAA (*)

e iscritta all'Anagrafe delle aziende agricole di cui al Regolamento della Regione Emilia-Romagna n.17/2003 e successive modifiche

CONFERISCE

l'incarico al **CONDIFESA MODENA** di difesa delle produzioni agricole dalle avversità atmosferiche con sede in Via Tevere 352 – 41030 BOMPORTO (MO) - C.F. 94137000363, **di svolgere per conto del sottoscritto gli adempimenti amministrativi per le attività connesse all'applicazione della normativa sulle assicurazioni agricole agevolate (D.Lgs. n. 102/2004 e successive modifiche, Reg. UE n. 1305/2013, Reg. UE 1308/2013 O.C.M. vino, Reg. UE 2393/17 e successive modifiche e/o integrazioni) e di accedere al sistema informativo-informatico della Regione Emilia-Romagna per la consultazione del proprio fascicolo anagrafico, finalizzata all'effettuazione di tali attività.**

Il mandatario si impegna a trasmettere per via telematica copia del presente mandato alla Regione Emilia-Romagna, conferito nei modi e termini di legge e secondo le modalità descritte nel Disciplinare, adottato con Determinazione del Direttore generale Agricoltura n.7644/2009 e successive modifiche ed integrazioni, atto di cui dichiara di essere a conoscenza.

Dichiara che il presente documento è conservato in originale presso la sede in cui opera il mandatario e che le copie dei documenti necessari per l'espletamento dell'incarico sono corrispondenti agli originali consegnati al medesimo.

Ai fini dell'ottemperanza alle disposizioni in materia di *Privacy*, il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'informativa resa ai sensi del GDPR 2016/679 e successive modifiche e integrazioni ed esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali da parte del mandatario ivi compresa la consultazione del fascicolo anagrafico mediante il collegamento con il Sistema informativo agricolo regionale (SIAR) della Regione Emilia-Romagna, finalizzati all'espletamento degli adempimenti amministrativi connessi all'incarico conferito.

Luogo _____, data ____/____/2024

Firma autografa del mandante

NB: Allegare fotocopia fronte/retro di un documento di riconoscimento del mandante in corso di validità

(*) campi obbligatori