

AUTOCERTIFICAZIONE 2020 ED OBBLIGHI DELL'ASSOCIATO

il sottoscritto nato a il in qualità di dell' Az Agr.....CUAA..... ad integrazione delle "clausole e dichiarazioni" inserite nei certificati assicurativi sottoscritti in adesione alle polizze collettive di cui è contraente il CONDIFESA VERONA CODIVE relativi all'anno 2020:

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

di essere in possesso della qualifica di Imprenditore agricolo ai sensi dell'Art. 2135 Cod. Civ. e di essere iscritto al registro delle imprese tenuto presso la C.C.I.A.A. oppure all'Anagrafe delle Imprese Agricole;

- di avere i requisiti di agricoltore in attività ai sensi della normativa vigente per la percezione degli aiuti UE;
- di aver costituito ed aggiornato il Fascicolo Aziendale ai sensi dell'art.2 comma 1 del DPR 503/1999;
- di essere in possesso dei dati aziendali relativi alla produzione assicurata, nello stesso comune amministrativo, considerando la produzione media triennale di impianti in piena produzione, per unità di superficie coltivata, calcolata sui cinque anni precedenti, escludendo l'anno con la produzione più bassa e quello con la produzione più alta, per prodotto, moltiplicata per la superficie attualmente coltivata, come risultante dal fascicolo aziendale aggiornato;
- che i dati catastali e le superfici agricole utilizzate, indicati nei certificati di assicurazione sottoscritti, sono esatti e corrispondono ai dati ufficiali riportati nel "Fascicolo Aziendale";
- che i quantitativi assicurati non eccedono i limiti assegnati, qualora soggetti a disciplina che imponga quote, o quelli previsti dai disciplinari di produzione, ove applicabili alla produzione assicurata;
- che le produzioni dello stesso prodotto, insistenti nel medesimo Comune, sono assicurate con la medesima Compagnia o in coassicurazione palese con espressa indicazione delle compagnie assicuratrici sul certificato di assicurazione;
- di non aver sottoscritto polizze integrative non agevolate individuali riferite alle produzioni in garanzia tramite polizza collettiva agevolata stipulata dal Condifesa Verona CODIVE;
- **di essere a conoscenza che l'Organismo pagatore e/o la Regione Veneto procederà a verifiche circa il rispetto della normativa vigente;**
- **di impegnarsi a comunicare a CODIVE eventuali variazioni alle produzioni, intervenute dopo la sottoscrizione dei certificati di assicurazione, sollevando il Condifesa Verona CODIVE da ogni responsabilità in merito.**
- di essere stato messo a conoscenza, in caso di ritardata consegna dei certificati da parte dell'intermediario entro il termine stabilito dalla polizza convenzione, che il Condifesa non potrà garantire il regolare perfezionamento della domanda di contributo, ed ogni eventuale conseguenza (ivi inclusa la perdita del diritto al contributo) farà carico in via esclusiva al socio;
- di aver ricevuto dall'intermediario assicurativo, letto e compreso, prima della sottoscrizione dei certificati, il fascicolo informativo contenente le condizioni di assicurazione incluse nella polizza collettiva sottoscritta dal Condifesa e quindi di conoscere ed accettare tutte le clausole della polizza collettiva che regola il rapporto assicurativo.

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA

- a presentare, nelle modalità previste dalla normativa vigente, la domanda al fine dell'ottenimento del contributo pubblico sui costi assicurativi entro il termine previsto dalle disposizioni amministrative, secondo le modalità stabilite dall'Organismo Pagatore;
- a consentire l'accesso, al Condifesa Verona CODIVE anche in forma telematica, ai sensi della normativa vigente, ai contenuti del proprio Fascicolo Aziendale per gli adempimenti connessi all'acquisizione del contributo sul costo assicurativo e più in generale per qualsiasi utilizzo necessario al perseguimento delle finalità statutarie ed in particolare per la gestione dei rischi, fatte salve le autorizzazioni rilasciate in ordine al trattamento dei dati personali;
- a pagare il contributo associativo, nei termini, forme e modalità d'incasso deliberate dal Condifesa Verona CODIVE ai sensi delle vigenti disposizioni statutarie;
- a corrispondere al Condifesa Verona CODIVE, che abbia anticipato la quota dei contributi pubblici, entro i termini previsti dalle delibere legittimamente adottate dall'ente, le somme dovute a titolo di contributo associativo, riferite alle coperture assicurative afferenti le mie produzioni riportate nel/i certificato/i di adesione alle polizze collettive;
- a corrispondere al Condifesa Verona CODIVE i contributi associativi relativi alle medesime coperture assicurative, anche qual ora, in fase di controllo, i contributi pubblici dovessero essere erogati parzialmente, in misura inferiore a quanto richiesto, o non dovessero essere erogati, per circostanze previste dalle disposizioni relative a specifiche situazioni afferenti la sfera soggettiva del sottoscritto;
- **di aderire al "Fondo Mutualistico – Agrifondo Mutualistico Veneto e Friuli V.G." attraverso il quale, nell'ambito delle disponibilità e del regolamento del Fondo stesso, verranno erogate, a beneficio dei produttori agricoli sostenitori, delle somme per la copertura delle perdite subite alle produzioni. Nello specifico in riferimento ai soli Fondi Agevolati l'adesione è dettagliata dalla domanda riportata nel modello che segue denominato "domanda di adesione" Per i dettagli si rimanda al Regolamento pubblicato sul sito web e disponibile presso i nostri uffici di Condifesa Verona CODIVE.**



AGRIFONDO MUTUALISTICO

Veneto e Friuli Venezia Giulia



Associazione per la Difesa del Reddito delle Aziende Agricole

Via F. S. Orologio, 6 35129 PADOVA

CF 92229860280 tel. 049-8077630 fax 049-8071324

PEC agrifondomutualistico@pec.asnacodi.it

DOMANDA DI ADESIONE AI FONDI DI AGRIFONDO MUTUALISTICO VENETO E FRIULI VG

Il sottoscritto Nome.....Cognome..... residente a in Via.....n.... CAP..... CUA..... Ragione Sociale....., socio del Condifesa.....al numero..... titolare di un'impresa agricola,

DICHIARA DI:

1. essere a conoscenza della richiesta effettuata da Agrifondo Mutualistico al MIPAAFT (Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari, Forestali e del Turismo) Autorità competente, di essere riconosciuto Soggetto Gestore del Fondo Mutualistico di seguito indicato, ai sensi e per gli scopi previsti nel decreto del Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali n. 10.158 del 5 maggio 2016, in attuazione a quanto stabilito al punto b) comma 1 dell'art. 36 e all'art. 38 del Reg. UE 1305/2013 e in caso di non riconoscimento della richiesta, da parte del MIPAAFT, accettare lo scioglimento del rapporto di adesione al Fondo, di cui alla presente domanda, fin dall'origine;
2. aver preso visione del Regolamento del Fondo sottoindicato, di accettarlo e condividerlo senza riserva alcuna;

ciò premesso,

DOMANDA

conformemente e nel rispetto a quanto disposto all'art. 6 del decreto del Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali n. 10.158 del 5 maggio 2016

di aderire al seguente Fondo per 3 anni, come previsto, al riguardo, dal D.M. 10.158 del 5 maggio 2016 (non è previsto, per l'adesione triennale al Fondo, il versamento di alcun Contributo ed i 3 anni decorrono dalla data della prima sottoscrizione del presente modello);

- FONDO FITOPATIE UVA DA VINO;
- FONDO FITOPATIE SEMINATIVI;
- FONDO IST SETTORIALE SCALIGERO ORTICOLE.

a tal fine si impegna a partecipare alla copertura annuale mutualistica, nelle modalità e termini previsti nel Regolamento del Fondo,

Dichiara altresì

ai sensi dell'art. 46 e 47 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, la non ricorrenza, specificatamente nei propri riguardi, la non sussistenza delle ipotesi ostative di cui al comma 4 dell'art. 9 del decreto del Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali n. 10.158 del 5 maggio 2016.



Firma

*il Regolamento del Fondo è disponibile e consultabile sul sito www.codive.it nella sezione dedicata ai Fondi.

IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA

- *In caso di mancato o ritardato versamento dei contributi associativi legittimamente richiesti dal Condifesa Verona CODIVE, la Compagnia assicuratrice a versare, ai sensi dell'art.1891 c.c., l'eventuale indennizzo a Condifesa Verona CODIVE (al quale pertanto, a tale scopo, viene espressamente attribuito il diritto di esercitare i diritti derivanti dal contratto di assicurazione); il Condifesa Verona CODIVE rilascerà quietanza liberatoria alla Compagnia, dandone tempestiva comunicazione al socio, cui verserà la parte di indennizzo eventualmente eccedente il debito consortile, avuto anche riguardo alla restituzione delle anticipazioni dei contributi;*
- *Condifesa Verona CODIVE, che viene quindi a ciò espressamente delegato, ad incassare, qualora previsto dalle disposizioni vigenti, per suo nome e per suo conto i contributi pubblici erogati dall'Autorità competente, in caso di anticipo dei medesimi da parte del Condifesa stesso.*



Il Sottoscritto

 (firma leggibile)

Il Sottoscritto.....Intermediario Assicurativo della SocietàAssicurazioni Dichiaro
 che la firma del Sig.è autografa



 L'Intermediario Assicurativo

 (timbro e firma leggibile)

IN ALTERNATIVA ALLA FIRMA DELL'AGENTE PUO' ESSERE ALLEGATA ALLA PRESENTE FOTOCOPIA FRONTE/RETRO LEGGIBILE DELLA CARTA D'IDENTITA' VALIDA DEL SOCIO DICHIARANTE.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI E RICHIESTA DI CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEGLI STESSI: GDPR 679/2016.

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte dei Titolari del trattamento, Condifesa Verona CODIVE e Asnacodi, secondo le finalità ivi riportate.

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario: all'esecuzione di un contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta; per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento; per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso: Servizi a tutela di consumatori e utenti; Programmazione delle attività; Attività di studio, ricerca e analisi statistica; Servizi assicurativi; Ottenimento di fondi, garanzie, risarcimenti, incentivi e agevolazioni pubbliche o private; Gestione del rapporto sociale; Quotidiani, periodici ed altre pubblicazioni; Organizzazione di eventi, incontri, convegni e seminari; Gestione servizi telematici, aree riservate, credenziali di accesso e dispositivi; Adempimento di obblighi fiscali e contabili; Gestione del contenzioso; Monitoraggio degli adempimenti contrattuali.

Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, consento al trattamento dei miei dati personali da parte dei Titolari, per le finalità sotto riportate (art. 7 Regolamento 2016/679) in relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:

| | Consento | Non Consento |
|---|----------|-----------------|
| Attività di studio, ricerca e analisi statistica per finalità diverse da quelle contrattuali o statutarie Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti: non sarà possibile eseguire attività di studio, ricerca e analisi statistica dei dati e delle informazioni riguardanti gli interessati e la conseguente analisi e ricerca di soluzioni diverse da quelle connesse alla realizzazione dei fini statutarie. | | |
| Quotidiani, periodici ed altre pubblicazioni per finalità diverse da quelle contrattuali o statutarie. Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti: non sarà possibile elaborare ed inviare materiale informativo, newsletter, pubblicazioni destinate ai soci per fini diversi da quelli previsti dallo statuto | | |
| Organizzazione di eventi, incontri, convegni e seminari su tematiche e per finalità diverse da quelle contrattuali o statutarie. Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti: non sarà possibile coinvolgere l'associato negli eventi, incontri, convegni e seminari organizzati dal Titolare del trattamento o suoi Contitolari in ambiti diversi da quelli previsti dallo statuto associativo | | |

Luogo e Data, _____



 Firma
