Regione Siciliana



Assessorato Regionale dell'Agricoltura

dello Sviluppo Rurale e della Pesca Mediterranea

Dipartimento Regionale dell'Agricoltura

**Programma di Sviluppo Rurale – Regione Sicilia 2014-2022**

**Sottomisura 2.1** – **Sostegno allo scopo di aiutare gli aventi diritto ad avvalersi dei servizi di consulenza**

**PROGRAMMA DELLE ATTIVITA’**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Destinatario: Azienda/Impresa*** | |
| *Denominazione* |  |
| *CUAA* |  |
| *Sede (Comune)* |  |
| *Indirizzo* |  |
| *CAP* |  |
| *Tel.* |  |
| *PEC/e-mail* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Personale tecnico e professionale*** | |
| *Cognome Nome* |  |
| *C.F.* |  |
| *Partita IVA* |  |
| *Sede (Comune)* |  |
| *Indirizzo* |  |
| *CAP* |  |
| *Tel.* |  |
| *PEC/e-mail* |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Calendario degli incontri*** | | | | |
| *DATA* | *LUOGO* | *ORA INIZIO* | *ORA FINE* | *ATTIVITA’* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

*Data, / /*

*TIMBRO e FIRMA LEGALE RAPPRESENTANTE DELL’ORGANISMO DI CONSULENZA*

***Per conferma***

*FIRMA LEGALE RAPPRESENTANTE DELL’IMPRESA AGRICOLA*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Allegare lettera di conferimento incarico e documento di riconoscimento in corso di validità*