****

PO FEAMP

ITALIA 2014/2020

**MODELLO ATTUATIVO**

**DEL GAL** **PONTE LAMA s.c.ar.l.**

**ALLEGATO C.** **7**

**SCHEMA DOMANDA DI PAGAMENTO ACCONTO/SALDO**

**Organismo Intermedio Regione PUGLIA**

**GAL PONTE LAMA s.c.ar.l.**

**PROTOCOLLO:**

**DOMANDA DI ANTICIPAZIONE – PO FEAMP 2014/2020**

**SSL 2014/2020 GAL PONTE LAMA s.c.ar.l.**

REGG. (UE) n. 1303/2013 e n. 508/2014

Azione: 3

Intervento: 3.2

ESTREMI

AVVISO PUBBLICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_\_\_\_

Domanda di sostegno di riferimento

**TIPOLOGIA DELLA DOMANDA**

Individuale

**DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO**

Partita IVA:

Codice Fiscale:

COD. Iscrizione Camera di Commercio (n. REA):

COD. Iscrizione INPS:

Nome:

Cognome o Ragione Sociale:

Comune di nascita: (\_\_)

Sesso:

Data di nascita:

Intestazione della Partita IVA:

**Residenza o sede legale**

Tel./Cell.:

Indirizzo e n.civ.:

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

Comune:

Prov.:

CAP:

**Rappresentante legale**

Codice Fiscale:

Cognome:

Comune di nascita: (\_\_)

Sesso:

Data di nascita:

Nome:

**Residenza del rappresentante legale**

CAP:

Prov.:

Indirizzo e n.civ.:

Comune:

Tel./Cell.:

**COORDINATE PER IL PAGAMENTO**

**SWIFT (o BIC) – COORDINATE BANCARIE / IBAN – COORDINATE BANCARIE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Cod.  Paese | |  | Cod.  Contr.  Intern. | |  | Cod.  Contr.  Naz. |  | ABI | | | | |  | CAB | | | | |  | n. Conto corrente | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Istituto**

Nome:

Filiale di:

Indirizzo e n. civ.:

Città/CAP:

**TIPOLOGIA DEL PAGAMENTO RICHIESTO**

ACCONTO n. SALDO FINALE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N. Domanda** | **Intervento** | **Tipologia Domanda di Pagamento** | **Progressivo Pagamento** | **Dati domanda di pagamento** | |
| **Contributo**  **Richiesto (€)** | **Contributo**  **Percepito (€)** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTALE (EURO)** | | | |  |  |

**RICHIESTA DI PAGAMENTO PER L’INTERVENTO**

**LOCALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO** (SOLO SE DIVERSO DA DOMICILIO O SEDE LEGALE)

Indirizzo e n. civ.:

Prov.:

Comune:

CAP:

Tel.:

**DETTAGLI DEL PAGAMENTO RICHIESTO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AZIONE** | | | | | | | | | | |
| **Cod. Azione** | **Cod.**  **Operazione** | **Cod. Intervento e Descrizione** | **DATI ATTO DI CONCESSIONE** | | | | **DATI DOMANDA DI PAGAMENTO** | | | |
| **Unità di misura** | **Q.tà** | **Spesa Tot. Ammessa**  **(€)** | **Contributo Tot. Ammesso**  **(€)** | **Unità di misura** | **Q.tà** | **Spesa Tot. Ammessa**  **(€)** | **Contributo Tot. Ammesso**  **(€)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| **INTERVENTO** | | | | | | | | | | |
| **Cod. Intervento** | **Cod.**  **Operazione** | **Cod. Intervento e Descrizione** | **DATI ATTO DI CONCESSIONE** | | | | **DATI DOMANDA DI PAGAMENTO** | | | |
| **Unità di misura** | **Q.tà** | **Spesa Tot. Ammessa**  **(€)** | **Contributo Tot. Ammesso**  **(€)** | **Unità di misura** | **Q.tà** | **Spesa Tot. Ammessa**  **(€)** | **Contributo Tot. Ammesso**  **(€)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTALE (€)** | | | | | **-** | **-** |  | | **-** | **-** |

**DICHIARAZIONI ED ELENCO DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA**

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsa dichiarazione, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. n. 445/00

**DICHIARA**

* che le opere, forniture, acquisti e servizi sono stati effettuati entro il termine prescritto e sono conformi a quanto ammissibile;
* il pagamento richiesto è supportato dai dovuti documenti, amministrativi e tecnici, probanti;
* di essere a conoscenza dell'impegno di mantenimento della destinazione d'uso del bene (ove pertinente);
* di essere a conoscenza dell'impegno di garantire la conservazione per 5 anni dei titoli di spesa originali utilizzati per la rendicontazione delle spese sostenute, con decorrenza dalla data di richiesta del saldo finale;
* che le spese effettuate per l'operazione, giustificate dai documenti allegati, sono conformi all'operazione completata per la quale è stata presentata ed accolta la domanda di sostegno;
* di aver depositato presso il GAL Ponte Lama s.c.ar.l. i seguenti documenti giustificativi:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Elenco giustificativi di spesa |  | N. |  |  |  | Originali dei giustificativi di spesa |  | N. |  |
|  | Giustificativo pagamento (bonifico, mandato, ecc.) |  | N. |  |  |  | Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | N. |  |
|  | Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | N. |  |  |  | Altro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | N. |  |

**SOTTOSCRIZIONE DELLA DOMANDA**

**LUOGO E DATA DI SOTTOSCRIZIONE**

lì

Il richiedente, con l'apposizione della firma sottostante, dichiara sotto la propria responsabilità, che quanto esposto nella presente domanda, inclusi le dichiarazioni e gli impegni riportati, che si intendono qui integralmente assunti, risponde al vero ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000.

**ESTREMI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO** (di cui si richiede fotocopia da allegare alla domanda)

Tipo di documento:

Numero documento:

Rilasciato da:

il: Data di scadenza:

IN FEDE

Firma del beneficiario o del rappresentante legale