REGIONE SICILIA
ASSESSORATO REGIONALE DELL'AGRICOLTURA,
DELLO SVILUPPO RURALE E DELLA PESCA MEDITERRANEA
DIPARTIMENTO REGIONALE DELLA PESCA MEDITERRANEA

PO FEAMP 2014 | 2020

**MISURA 1.29 - Promozione del capitale umano, creazione di posti di lavoro e del dialogo sociale**
**Art. 29 del Reg. (UE) n. 508/2014**

**Allegato G**

**SCHEMA DOMANDA DI PAGAMENTO PER ACCONTO/SAL ☐ SALDO ☐**

**ALLA REGIONE SICILIANA**
**DIPARTIMENTO DELLA PESCA MEDITERRANEA**
**VIA DEGLI EMIRI, 45 - 90135 PALERMO**
dipartimento.pesca@certmail.regione.sicilia.it

| | |
|---|---|
| **PROTOCOLLO:** | **DOMANDA DI ACCONTO/SALDO – PO-FEAMP 2014/2020**<br>Reg. (UE) n. 1303/2013 e Reg. (UE) n. 508/2014 |
| **AUTORITÀ DI GESTIONE: MiPAAFT**<br>**ORGANISMO INTERMEDIO:**<br>**Regione Siciliana** | **MISURA: 1.29 – Promozione del capitale umano, creazione di posti di lavoro e del dialogo sociale**<br>**BANDO PUBBLICO: DDG n. _____ del _____** |

## TIPOLOGIA DELLA DOMANDA DI SOSTEGNO INIZIALE

☐ Individuale ☐ Collettiva (soggetto o beneficiario collettivo)

## DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO

Denominazione: _____

Forma giuridica: _____

Codice Fiscale: _____ - Partita IVA: _____

Sede legale *(indirizzo, n. civico e Comune,CAP)*: _____

Tel. _____

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) _____

**NOTA BENE: l'indicazione degli indirizzi di posta elettronica ordinaria e certificata (PEC) è fondamentale**

Rappresentante legale

Codice Fiscale: _____

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ - Sesso _____ - Comune di nascita _____

Residenza del rappresentante legale *(indirizzo, n. civico e Comune,CAP)*:
_____

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:**
_____

## TIPOLOGIA DEL PAGAMENTO RICHIESTO

☐ ACCONTO n. _____ ☐ SALDO FINALE

| N. Domanda | Misura | 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. civico _____

Comune _____ (_____). CAP _____

## DETTAGLI DEL PAGAMENTO RICHIESTO

| MISURA _____ | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cod. Mis. | 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. richiesta (€) | Contributo Tot. richiesto (€) |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| TOTALE (€) | | | | | | | | | | |

## DICHIARAZIONI ED ELENCO DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

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. 445/2000,

**DICHIARA**

- che le attività, forniture, acquisti e servizi sono stati effettuati entro il termine prescritto e sono conformi a quanto ammissibile;
- che per le stesse attività/interventi non sono stati concessi altri contributi;

- 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.

Il sottoscritto _____ allega alla presente domanda di pagamento la seguente documentazione prevista al punto 16.2 “SAL”/16.3 “Saldo” del Bando di attuazione della Misura 1.29 in argomento (ove pertinente:

| N | DOCUMENTI |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

## SOTTOSCRIZIONE DELLA DOMANDA

Il richiedente, con l'apposizione della firma sottostante, dichiara sotto la propria responsabilità che quanto esposto nella presente domanda 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: _____, in data _____

Data di scadenza validità del documento:
_____

LUOGO E DATA DI SOTTOSCRIZIONE

_____/_____

**IN FEDE**

_____
(Firma del beneficiario o del rappresentante legale)