

Domanda di Pagamento parziale Art. 12 del Reg. di esecuzione (UE) 2017/892		SEZ. I	Codice domanda
Programma Operativo <input style="width: 50px;" type="text"/>	Annualità <input style="width: 50px;" type="text"/>		
Programma Operativo N° <input style="width: 100px;" type="text"/>		Spett.le (indirizzo Organismo Pagatore o Organismo delegato)	

FAC-SIMILE

DOMANDA DI PAGAMENTO PARZIALE AOP

LA STAMPA DELLA DOMANDA DEVE ESSERE

PRODOTTA DAL PORTALE SIAN

Numero progressivo della domanda

Periodo di riferimento 
Indicare la data di inizio e fine periodo a cui si riferiscono le spese sostenute

Il sottoscritto..... nato a ..... il ..... residente a ..... in via ..... C.F. .... in qualità di legale rappresentante della AOP ..... con sede legale in ..... Comune ..... Provincia ..... cap ..... CUA ..... riconosciuta con determinazione della Regione / Provincia Autonoma ..... n° ..... del ..... CODICE IT .....

CHIEDE

la liquidazione di un pagamento parziale pari ad euro ..... (\*) di aiuto a fronte di una spesa sostenuta e rendicontata per il sopra indicato periodo di euro ..... con riferimento all'annualità ..... approvata con provvedimento (\*\*) nr ..... del ..... per un importo del fondo di esercizio pari ad euro .....

**(\*) A norma dell'art. 12 del Reg. di esecuzione (UE) 2017/892, i pagamenti parziali richiesti possono essere liquidati nella misura massima dell'80% della parte dell'aiuto corrispondente agli importi già spesi a titolo del programma operativo per il periodo considerato.**

N.B.: Il conto deve essere intestato al richiedente - il codice IBAN indicato identifica il rapporto corrispondente con il proprio istituto di credito: l'ordine di pagamento da parte dell'Organismo Pagatore si ritiene eseguito correttamente per quanto riguarda il beneficiario indicato dal codice IBAN (direttiva 2007/64/CE del 13.11.2007, applicata in Italia con L.n.88/2009 e con il D.Lgs. 27.1.2010 n.11).

SWIFT (o BIC) - Coordinate Bancarie (obbligatorio nel caso di transazioni internazionali)

IBAN - Coordinate di pagamento - riempire obbligatoriamente tutti i campi del presente riquadro

Istituto	Agenzia	Provincia	CAP
----------	---------	-----------	-----

DICHIARA

- di essere consapevole che l'omessa o l'errata indicazione del codice IBAN (e, in caso di transazioni internazionali, del codice SWIFT) determina l'impossibilità per l'Organismo pagatore di adempiere all'obbligazione di pagamento oltre i perentori termini fissati dalla normativa comunitaria;

- che il codice IBAN sopra indicato identifica il rapporto corrispondente con il proprio Istituto di Credito e di essere consapevole che l'ordine di pagamento da parte dell'Organismo Pagatore si ritiene eseguito correttamente per quanto riguarda il beneficiario indicato dal codice IBAN.

- che si impegna a restituire le somme eventualmente percepite in eccesso quale aiuto, così come previsto dalle disposizioni e norme nazionali e comunitarie, e a tale scopo autorizza sin d'ora l'Organismo Pagatore ad effettuare il recupero delle somme percepite in eccesso mediante compensazione a valere su altri pagamenti spettanti al sottoscritto.

Allega la seguente documentazione:

- ☐ Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante o, in alternativa, autentica di firma;
- ☐ Dichiarazione sostitutiva (art. 46 DPR 445/2000) del Certificato della Camera di Commercio, in corso di validità e dichiarazione relativa ai familiari;
- ☐ Elenco delle azioni realizzate a mezzo di prospetto (Modello CR1b – Prospetto delle spese);
- ☐ Copia dell'estratto conto del conto corrente dedicato con evidenziati i pagamenti effettuati riferibili alle spese di cui al prospetto indicato nel precedente punto;
- ☐ Elenco delle azioni realizzate su delega delle OP a mezzo di prospetto (Modello CR1b – Prospetto analitico delle spese) per ciascuna OP aderente;
- ☐ Copia dell'estratto conto dei conti corrente dedicati (di ciascuna OP aderente) con evidenziati i pagamenti effettuati riferibili alle spese di cui al prospetto e/o al raggruppamento di spese indicato nel precedente punto;
- ☐ I documenti giustificativi delle spese sostenute da ciascuna OP aderente nel periodo interessato (se richiesti dall'organismo delegato al controllo);
- ☐ Altro (da specificare):.....

Apponendo la propria firma nello spazio 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.

Data .....

Timbro AOP e Firma del legale rappresentante

(\*\*) Indicare gli estremi dell'eventuale ultima modifica ai sensi dell'art. 34 del Regolamento delegato (UE) 2017/891 approvata

Domanda di Pagamento parziale Art. 12 del Reg. di esecuzione (UE) 2017/892		<b>SEZ. II</b>	Codice domanda
Programma Operativo	/		
Annualità			
Programma Operativo N°	Spett.le (indirizzo Organismo Pagatore o Organismo delegato)		
<b>QUOTA PAGAMENTO PARZIALE OP ADERENTE AD AOP</b>			
Numero progressivo della richiesta di quota in domanda	<input type="text"/>		
Periodo di riferimento	Indicare la data di inizio e fine periodo a cui si riferiscono le spese sostenute <input type="text"/>		
L'Organizzazione di Produttori aderente	<input type="text"/>		
Cod. IT	<input type="text"/>		
con riferimento all'annualità..... approvata con provvedimento nr..... del....., per un importo complessivo del fondo di esercizio inizialmente approvato pari ad euro....., è destinataria di una quota di pagamento parziale pari a:			
- Euro ..... a titolo di aiuto comunitario ( <b>pari al massimo all'80% della parte dell'aiuto corrispondente agli importi già spesi a titolo del programma operativo per il periodo considerato</b> ); a fronte di una <u>spesa</u> rendicontata per il sopra indicato periodo di:			
- Euro ..... per la realizzazione delle azioni inerenti l'aiuto comunitario.			