



UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE PUGLIA



PO FEAMP
ITALIA 2014/2020

MODELLO ATTUATIVO DEL GAL SUD-EST BARESE s.c.a r.l.

ALLEGATO C.11 SCHEMA DOMANDA DI RINUNCIA

PROTOCOLLO:

**Organismo Intermedio Regione PUGLIA
GAL SUD-EST BARESE S.C.A R.L.**

**DOMANDA DI RINUNCIA – PO FEAMP 2014/2020
SSL 2014/2020 GAL SUD-EST BARESE
REGG. (UE) n. 1303/2013 e n. 508/2014**

AZIONE: 3
INTERVENTO: 3.2

TIPOLOGIA DELLA DOMANDA DI SOSTEGNO INIZIALE

Individuale in ATI/ATS Trasmessa il Prot.

OGGETTO E CAUSALE DELLA RINUNCIA

TIPOLOGIA DI DOMANDA:

Sostegno, Anticipo, SAL, Saldo, ecc.

Stato di lavorazione:

Causale:

Note:

DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO (in caso di domanda presentata in ATI/ATS riprodurre dati identificativi per ogni Partner dell'ATI/ATS)

Codice Fiscale: Partita IVA:

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

Cognome o Ragione Sociale: Nome:

Data di nascita: Sesso: Comune di nascita:

Intestazione della Partita IVA:

RESIDENZA O SEDE LEGALE

Indirizzo e n.civ.:		Tel./Cell.:	
Comune:	Prov.:	CAP:	
Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):			

RAPPRESENTANTE LEGALE

Codice Fiscale:		
Cognome:	Nome:	
Data di nascita:	Sesso:	Comune di nascita: ()

RESIDENZA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE

Indirizzo e n.civ.:		Tel./Cell.:	
Comune:	Prov.:	CAP:	

VARIANTE PER CAMBIO BENEFICIARIO

DOMANDA DI SOSTEGNO

NUMERO ATTO CONCESSIONE		STATO	
DATA FINE LAVORI	__/__/----	DATA ATTO	__/__/----
IMPORTO RICHIESTO (€)		PROROGA AL	__/__/----
IMPORTO CONCESSO (€)			

DOMANDA DI PAGAMENTO COLLEGATA (1 di n)

TIPOLOGIA		STATO LAVORAZ. DOMANDA	
TOT. IMPORTO AMMESSO (€)		TOT. IMPORTO LIQUIDATO (€)	
TOT. IMPORTO RIDUZIONI (€)		TOT. IMPORTO SANZIONI (€)	
CONTROLLO IN LOCO ESEGUITO		ESITO	

DATI DELLA GARANZIA

TIPOLOGIA		STATO	
IMPORTO ASSICURATO (€)		ENTE GARANTE	
DATA SCADENZA ULTIMA	__/__/----	NUM. GARANZIA	

<input type="checkbox"/>	APPENDICI DI PROROGA	Numero:	Data: __/__/____
<input type="checkbox"/>	APPENDICI DI SUBENTRO	Numero:	Data: __/__/____
<input type="checkbox"/>	APPENDICI MODIFICA DATI	Numero:	Data: __/__/____

DATI DI RIEPILOGO

Importo concesso €

Presenza atto di concessione

Data termine lavori

IMPORTO RICHIESTO IN DOMANDA DI SOSTEGNO	€
TOTALE IMPORTO LIQUIDATO	€
TOTALE IMPORTO RIDUZIONI	€

IMPORTO RICHIESTO IN DOMANDA DI PAGAMENTO	€
IMPORTO OGGETTO DELLA FIDEJUSSIONE	€
TOTALE IMPORTO SANZIONI	€

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto:

esercita il proprio diritto di rinuncia e

DICHIARA ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n° 445/00,

- di essere a conoscenza che, al momento dell'accoglimento della presente richiesta di rinuncia e in presenza di importi già liquidati, verrà iscritta una posizione debitoria a proprio carico pari all'importo già liquidato, fatta salva l'aggiunta di eventuali interessi dovuti;
- di essere a conoscenza della possibilità dell'Ente liquidatore, in presenza di importi liquidati e in presenza di polizza fideiussoria di 5 anni a garanzia dell'importo richiesto in anticipo, di rivalersi nei confronti dell'Ente Garante e per l'escussione degli importi spettanti;

e pertanto, **si impegna**

- a restituire le somme già percepite;
- a non avanzare in futuro alcuna richiesta relativa all'operazione, o parte di essa, di cui alla domanda di sostegno n. _____ oggetto della presente rinuncia.

SOTTOSCRIZIONE DELLA DOMANDA

LUOGO E DATA DI SOTTOSCRIZIONE

il

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

Firma del cedente (per approvazione - solo ne caso di cessione di attività)

IN FEDE

CHECK-LIST DI CONTROLLO DOCUMENTALE (in caso di presentazione tramite intermediario)

DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO (in caso di domanda presentata in ATI/ATS riprodurre dati identificativi per ogni Partner dell'ATI/ATS)

Codice Fiscale:	Partita IVA:	
COD. Iscrizione Camera di Commercio (n. REA):	COD. Iscrizione INPS:	
Cognome o Ragione Sociale:	Nome:	
Data di nascita:	Sesso:	Comune di nascita: ()
Intestazione della Partita IVA:		

ATTESTAZIONI A CURA DELL'INTERMEDIARIO:

1. il richiedente si è presentato presso questo ufficio ed è stato identificato;
2. il richiedente ha firmato la domanda;
3. la domanda contiene gli allegati di seguito elencati:

N. PROGR.	DESCRIZIONE DOCUMENTO
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	

Firma dell'intermediario che ha curato la compilazione e la stampa della domanda

--

RICEVUTA DI ACCETTAZIONE

Ufficio/Sportello:

Oggetto:

Es: Domanda di rinuncia SSL 2014/2020 GAL _____, Azione ___ - Intervento ___

Annualità:

Beneficiario:

CUP:

Data di rilascio:

N. Protocollo:

TIMBRO DELL'UFFICIO E FIRMA DEL RESPONSABILE: