

**REGOLAMENTO (UE) n. 1305/2013**  
**DOMANDA DI SOSTEGNO - PSRN 2014-2020**  
**CAMPAGNA 2018**

Domanda di sostegno per l'accesso ai benefici del Programma Nazionale di Sviluppo Rurale 2014-2020  
 Misura 17 - Gestione dei rischi - Sottomisura 17.1 Assicurazione del raccolto, degli animali e delle piante

Avviso pubblico recante disposizioni per la concessione del sostegno pubblicato su GU XXX.  
 Colture vegetali Annualità 2018

**AUTORITÀ DI GESTIONE**

MINISTERO DELLE POLITICHE AGRICOLE ALIMENTARI FORESTALI E DEL TURISMO

**ORGANISMO PAGATORE**

AGEA - AGENZIA PER LE EROGAZIONI IN AGRICOLTURA

COMPILATO PER IL TRAMITE DI

CODICE CAA	SIGLA PROVINCIA	PROGR. UFFICIO	OPERATORE
------------	-----------------	----------------	-----------

DOMANDA:

INIZIALE  
DI MODIFICA

In modifica della domanda numero:

BANDO:

**QUADRO A - AZIENDA**

**SEZIONE I - DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO**

CUAA (CODICE FISCALE)

--	--	--	--

COGNOME O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA (GGMMAAAA)

SESSO

M

F

COMUNE DI NASCITA

PROVINCIA

INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)

NUMERO TELEFONO

**RESIDENZA O SEDE LEGALE**

INDIRIZZO E NUMERO CIVICO

NUMERO TELEFONO

CODICE ISTAT COMUNE

PROVINCIA

CAP

Comune Provincia

**RAPPRESENTANTE LEGALE**

CUAA (CODICE FISCALE)

--	--	--	--

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA (GGMMAAAA)

SESSO

M

F

COMUNE DI NASCITA

PROVINCIA

**QUADRO B - RIFERIMENTI**

**SEZIONE I - RIFERIMENTI AL FASCICOLO AZIENDALE**

USI DEL SUOLO E SUPERFICI CONDOTTE ALLA DATA

ORGANISMO PAGATORE COMPETENTE PER IL FASCICOLO

**SEZIONE II - RIFERIMENTI AL PIANO ASSICURATIVO INDIVIDUALE**

DATA DI PRESENTAZIONE

NUMERO IDENTIFICATIVO (Codice a barre)

**SEZIONE III - RIFERIMENTI ALLA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE/PAI**

DATA DI PRESENTAZIONE

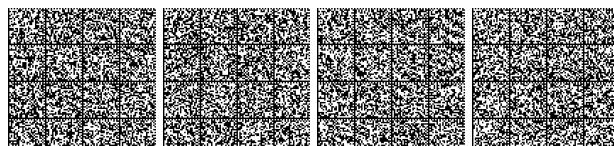
NUMERO IDENTIFICATIVO (Codice a barre)

**SEZIONE IV - EVENTUALE RIFERIMENTO ALLA DOMANDA OCM VINO**

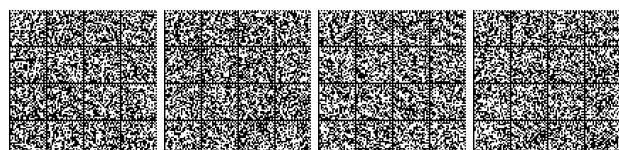
DATA DI PRESENTAZIONE

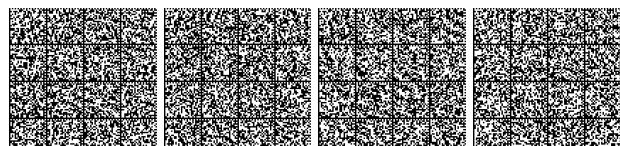
NUMERO IDENTIFICATIVO (Codice a barre)

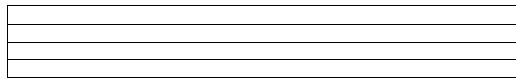
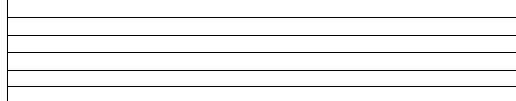
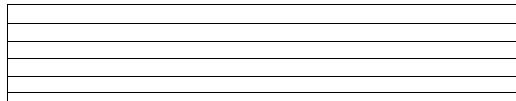
RIGA RISERVATA AGLI ESTREMI DEL RILASCIO (PROTOCOLLO, DATA E CODICE OTP), IMPOSTATA SOLO PER RILASCIO CON OTP

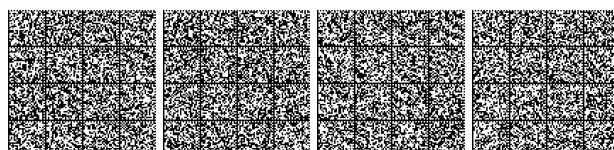


CUIA (CODICE FISCALE)	COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE	NUMERO DOMANDA								
<b>QUADRO C - IMPEGNI E SOTTOSCRIZIONE</b>										
<p>Il sottoscritto : <input type="text"/></p> <p>ai sensi dell'Avviso pubblico recante disposizioni per la concessione del sostegno pubblico per le colture vegetali - Annualità 2018, <b>chiede</b> di essere ammesso al sostegno previsto dalla misura 17, sottomisura 17.1 di cui al Programma di Sviluppo Rurale Nazionale 2014-2020 (PSRN);</p> <p><b>A tal fine dichiara:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- di essere in possesso, dalla data di presentazione della MI e per tutta la durata dell'operazione, di tutti i requisiti richiesti dal PSRN 2014-2020 e dall'Avviso pubblico per accedere alla predetta sottomisura, con particolare riferimento ai requisiti di ammissibilità soggettivi di cui agli articoli 3 e 4;</li> <li>- che l'operazione per la quale è richiesto il sostegno, di cui alla presente domanda, rispetta tutti i requisiti richiesti dal PSRN 2014-2020 e dall'Avviso pubblico con particolare riferimento ai criteri di ammissibilità delle polizze/certificati di polizze di cui all'articolo 6 e agli impegni ed altri obblighi di cui all'articolo 7;</li> <li>- che per la realizzazione degli interventi di cui al presente Avviso non ha richiesto né ottenuto, anche tramite gli organismi collettivi di appartenenza, contributi da altri Enti pubblici a valere su altre misure del PSR 2014/2020 (fondo FEASR) o da altri fondi SIE o nazionali</li> <li>- che la presente operazione è oggetto di intervento integrativo da parte dell'Ente _____ a carico di fondi _____;</li> <li>- che non sussistono nei confronti propri cause di divieto, di decadenza o di sospensione, di cui all'art. 67, comma 1, lettere da a) a g), commi da 2 a 7 e all'art.76, comma 8, del D.Lgs. n. 159/2011 e successive modifiche;</li> </ul> <p><b>Dichiara, inoltre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- di essere a conoscenza delle disposizioni e norme, unionali e nazionali, che disciplinano la corresponsione degli aiuti richiesti con la presente domanda di sostegno e che disciplinano il settore dell'Assicurazione Agricola Agevolata;</li> <li>- di essere pienamente a conoscenza del contenuto del PSRN approvato, del contenuto del bando di adesione alla misura e degli obblighi specifici che assume a propria carico con la presente domanda;</li> <li>- di essere a conoscenza delle conseguenze derivanti dall'inosservanza degli adempimenti precisati nel PSRN e nell'Avviso pubblico della sottomisura;</li> <li>- di essere a conoscenza delle disposizioni previste dall'art.5 del DM 28/05/2017 "Piano assicurativo agricolo nazionale 2018" in materia di determinazione della spesa premi ammissibile a contributo in base all'applicazione dei parametri contributivi, per ogni combinazione comune/prodotto/tipologia di polizza.</li> <li>- di essere a conoscenza delle disposizioni previste dall'articolo 17 dell'avviso pubblico della sottomisura in materia di riduzioni, esclusioni e sanzioni</li> <li>- di essere a conoscenza delle disposizioni previste dall'art. 33 del decreto legislativo 228/2001 in materia di sospensione dei procedimenti di erogazione in caso di notizie circostanziate circa indebitate percezioni di erogazioni;</li> <li>- di essere a conoscenza delle disposizioni previste dalla legge 898/86 e successive modifiche e integrazioni riguardanti tra l'altro sanzioni amministrative e penali in materia di aiuti comunitari nel settore agricolo;</li> <li>- di disporre e poter esibire se richiesto in sede di controllo idonea documentazione comprovante: a) le produzioni annuali dichiarate nel Piano Assicurativo individuale; b) la polizza/certificati sottoscritti in originale; c) la documentazione attestante il pagamento della quota di premio complessivo di propria competenza all'Organismo collettivo di difesa nel caso di polizze collettive; d) la documentazione attestante il pagamento del premio alla Compagnia di assicurazione nel caso di polizze individuali;</li> <li>- di conservare tutta la documentazione citata al precedente punto per i cinque anni successivi alla data di pagamento del contributo pubblico;</li> <li>- di essere a conoscenza che i propri dati personali potranno essere comunicati, per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali, agli organi ispettivi pubblici, unionali, nazionali e regionali, nonché pubblicati in ottemperanza agli obblighi di trasparenza stabiliti dalla vigente normativa;</li> <li>- di essere consapevole che l'autorità competente avrà accesso, in ogni momento e senza restrizioni, agli appaltamenti e agli impianti dell'azienda e alle sedi del richiedente per le attività di ispezione previste, nonché a tutta la documentazione che riterrà necessaria ai fini dell'istruttoria e dei controlli a pena di esclusione/revoca del sostegno richiesto;</li> <li>- che la documentazione relativa ad acquisizioni, cessioni ed affitti di superfici è regolarmente registrata e l'autorità competente vi avrà accesso, in ogni momento e senza restrizioni per le attività di ispezione previste;</li> <li>- di essere a conoscenza dei criteri di ammissibilità e degli altri obblighi definiti ai sensi della normativa unionale e riportati nel Programma di Sviluppo Rurale Nazionale 2014-2020 relativi alla tipologia di intervento oggetto della presente domanda;</li> <li>- di non essere sottoposto a pene detentive e/o misure accessorie interdittive o limitative della capacità giuridica e di agire fatta salva l'autorizzazione degli organi di vigilanza e/o tutori;</li> <li>- di esonerare l'amministrazione nazionale e/o eventuali Enti o soggetti delegati da ogni responsabilità derivante dal pagamento del contributo richiesto, nei confronti di terzi aventi causa a qualsiasi titolo;</li> <li>- di essere consapevole che l'AdG, anche per il tramite di un suo delegato, in ottemperanza alla normativa comunitaria e nazionale in materia, effettuerà i controlli e determinerà l'importo della spesa ammissibile e del contributo concedibile;</li> <li>- di essere a conoscenza che ogni comunicazione al sottoscritto sarà effettuata tramite la PEC indicata sulla domanda, ovvero sul sito internet del Mipaft, o attraverso il portale SIAN con modalità che sarà opportunamente pubblicizzata</li> <li>- di essere a conoscenza che l'approvazione della domanda di sostegno è condizionata alla registrazione del provvedimento di approvazione dell'avviso pubblico da parte degli organi di controllo</li> <li>- di essere consapevole che, per la domanda di sostegno ritenuta ammissibile, il pagamento avverrà solo dopo presentazione della domanda di pagamento ed esito positivo dei relativi controlli.</li> </ul> <p><b>Si impegna inoltre :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a consentire l'accesso in azienda e alla documentazione agli organi incaricati dei controlli, in ogni momento e senza restrizioni;</li> <li>- a riprodurre o integrare la presente domanda, nonché a fornire ogni altra eventuale documentazione necessaria, secondo quanto viene disposto dalla normativa unionale e nazionale concernente il sostegno allo sviluppo rurale e secondo quanto previsto dal PSRN 2014-2020;</li> <li>- a comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato nella domanda, anche con riferimento all'indirizzo di posta elettronica certificata;</li> <li>- a fornire, qualora richieste, tutte le informazioni necessarie al sistema di monitoraggio e valutazione delle attività relative al PSRN 2014-2020.</li> </ul> <p><b>Autorizza:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- il trattamento dei dati conferiti, inclusi eventuali dati personali di natura sensibile e/o giudiziaria, ottenuti anche tramite eventuali allegati e/o altra documentazione accessoria, per le finalità istituzionali contenute nell'informatica sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, così come modificato dal D.Lgs del 10 agosto 2018 n.101;</li> <li>- altresì, la comunicazione dei dati conferiti ai soggetti elencati nella Informativa ed il trasferimento agli altri soggetti titolari e responsabili del trattamento;</li> <li>- la comunicazione all'Organismo collettivo di difesa associato della avvenuta liquidazione da parte dell'Organismo pagatore dell'importo relativo al contributo spettante a fronte del certificato di adesione alla polizza collettiva.</li> </ul> <p><b>Dichiara, inoltre, di essere consapevole che:</b></p> <p>apponendo la firma nello spazio sottostante dichiara sotto la propria responsabilità che quanto esposto nella presente domanda, incluse le dichiarazioni riportate che si intendono qui integralmente assunte, risponde al vero e di essere a conoscenza delle norme penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 e ss.mm.ii. per le affermazioni non rispondenti al vero anche in relazione alla mancata concessione, totale o parziale, del sostegno richiesto.</p> <p><b>ALLEGA</b> Nel caso di importo complessivo concedibile presumibilmente superiore a:      1) 25.000 Euro per domande presentate entro il 31/12/2018;      2) 5.000 Euro per quelle presentate a partire dal 01/01/2019.      1 <input type="checkbox"/> documentazione per richiedere le informazioni antimafia; dichiarazione sostitutiva della certificazione di iscrizione alla camera di commercio ai sensi del D.P.R. n° 445/2000      2 <input type="checkbox"/> Ente Pubblico esonerato da obbligo di certificazione antimafia</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">LUOGO E DATA DI SOTTOSCRIZIONE</td> <td style="width: 50%;">Fatto a: _____ il: _____</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"><b>NON COMPILARE IL RIQUADRO SOTTOSTANTE IN CASO DI DICHIARAZIONE SOTTOSCRITTA CON FIRMA DIGITALE</b></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">ESTREMI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO: Tipo documento: _____ N° _____ Data scadenza: _____ (di cui si richiede fotocopia in allegato alla domanda)</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">IN FEDE _____ Firma del richiedente o del rappresentante legale</td> </tr> </table>			LUOGO E DATA DI SOTTOSCRIZIONE	Fatto a: _____ il: _____	<b>NON COMPILARE IL RIQUADRO SOTTOSTANTE IN CASO DI DICHIARAZIONE SOTTOSCRITTA CON FIRMA DIGITALE</b>		ESTREMI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO: Tipo documento: _____ N° _____ Data scadenza: _____ (di cui si richiede fotocopia in allegato alla domanda)		IN FEDE _____ Firma del richiedente o del rappresentante legale	
LUOGO E DATA DI SOTTOSCRIZIONE	Fatto a: _____ il: _____									
<b>NON COMPILARE IL RIQUADRO SOTTOSTANTE IN CASO DI DICHIARAZIONE SOTTOSCRITTA CON FIRMA DIGITALE</b>										
ESTREMI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO: Tipo documento: _____ N° _____ Data scadenza: _____ (di cui si richiede fotocopia in allegato alla domanda)										
IN FEDE _____ Firma del richiedente o del rappresentante legale										

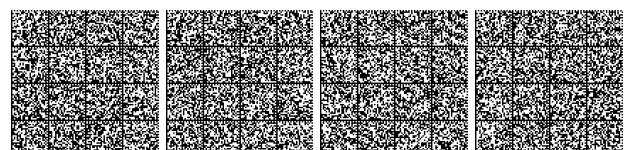




ALLEGATO ALLA DOMANDA DI SOSTEGNO - INFORMATIZZAZIONE DELLA POLIZZA STIPULATA																																																																																									
CUAA (CODICE FISCALE)		COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE						NUMERO DOMANDA																																																																																	
								65390000000																																																																																	
NUMERO IDENTIFICATIVO PAI		PRESENZA DI POLIZZA INTEGRATIVA		DATA STIPULA POLIZZA/CERTIFICATO		NUMERO POLIZZA / CERTIFICATO																																																																																			
INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	CONSORZIO CON CUI E' STATA STIPULATA LA POLIZZA COLLETTIVA						COD. COMPAGNIA	COMPAGNIA ASSICURATRICE																																																																																
CORRISPONDENZA PAI - VALORI ASSICURATI																																																																																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="10" style="text-align: left;">DATI DEL PAI</th> <th colspan="6" style="text-align: left;">DATI DELLA POLIZZA STIPULATA</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">REGIONE</th> <th rowspan="2">PROVINCIA</th> <th colspan="2">COMUNE</th> <th rowspan="2">PRODOTTO (da DM prezzi)</th> <th colspan="2">SUPERFICIE</th> <th colspan="2">PRODUZIONE DA ASSICURARE (*)</th> <th rowspan="2">PRODIZ. BIOLOGICA S/NO</th> <th rowspan="2"></th> <th rowspan="2">SPECIFICA DI PRODOTTO (da DM prezzi)</th> <th rowspan="2">SUP. ASSICURATA</th> <th rowspan="2">Q.TA' ASSICURATA</th> <th rowspan="2">PREZZO UNITARIO</th> <th rowspan="2">VALORE ASSICURATO</th> <th rowspan="2">TASSO</th> <th rowspan="2">PREMIO</th> <th rowspan="2"></th> </tr> <tr> <th>CODICE</th> <th>DESCRIZIONE</th> <th>ETTARI</th> <th>ARE</th> <th>CA</th> <th>U.M.</th> <th>Q.TA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="10"></td> <td colspan="6" style="text-align: center;">TOTALI:</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody></table>										DATI DEL PAI										DATI DELLA POLIZZA STIPULATA						REGIONE	PROVINCIA	COMUNE		PRODOTTO (da DM prezzi)	SUPERFICIE		PRODUZIONE DA ASSICURARE (*)		PRODIZ. BIOLOGICA S/NO		SPECIFICA DI PRODOTTO (da DM prezzi)	SUP. ASSICURATA	Q.TA' ASSICURATA	PREZZO UNITARIO	VALORE ASSICURATO	TASSO	PREMIO		CODICE	DESCRIZIONE	ETTARI	ARE	CA	U.M.	Q.TA																													TOTALI:									
DATI DEL PAI										DATI DELLA POLIZZA STIPULATA																																																																															
REGIONE	PROVINCIA	COMUNE		PRODOTTO (da DM prezzi)	SUPERFICIE		PRODUZIONE DA ASSICURARE (*)		PRODIZ. BIOLOGICA S/NO		SPECIFICA DI PRODOTTO (da DM prezzi)	SUP. ASSICURATA	Q.TA' ASSICURATA	PREZZO UNITARIO	VALORE ASSICURATO	TASSO	PREMIO																																																																								
		CODICE	DESCRIZIONE		ETTARI	ARE	CA	U.M.											Q.TA																																																																						
										TOTALI:																																																																															
(*) QUANTITA' MASSIMA ASSICURABILE COMPATIBILE CON L'AMMISSIBILITA' AL SOSTEGNO																																																																																									
AVVERSITA', INFESTAZIONI PARASSITARIE, FITOPATIE ASSICURATE																																																																																									
COMBINAZIONE DI RISCHI ASSICURATI: _____																																																																																									
AVVERSITA': 																																																																																									
INFESTAZIONI PARASSITARIE: 																																																																																									
FITOPATIE: 																																																																																									



SOGGETTI RICADENTI IN UNA DELLE FATTISPECIE DI CUI AL DLGS. 50/2016 e s.m. e i.				
CUAA (CODICE FISCALE)	COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE	NUMERO DOMANDA		
SOGGETTO RICADENTE IN UNA DELLE FATTISPECIE DI CUI AL DLGS. 50/2016 e s.m. e i.				
<table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table>			SI	NO
SI	NO			
PROCEDURA DI GARA PER INDIVIDUAZIONE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE				
<table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table>			SI	NO
SI	NO			
Dichiara e allega: <b>DATA</b> dell'atto che perfeziona la procedura di gara per l'individuazione della compagnia di assicurazione (atto di aggiudicazione o contratto) o del documento che ha concluso la procedura che ha consentito la stipula della polizza				
<table border="1"><tr><td>#</td></tr></table>			#	
#				
<b>PROTOCOLLO (facoltativo)</b> dell'atto che perfeziona la procedura di gara (atto di aggiudicazione o contratto) o del documento che ha concluso la procedura che ha consentito la stipula della polizza				
<table border="1"><tr><td></td></tr></table>				
<b>CIG</b> relativo alla procedura di gara				
<table border="1"><tr><td></td></tr></table>				



**SOGGETTI RICADENTI IN UNA DELLE FATTISPECIE DI CUI ALL'ART. 16 DELL'AVVISO PUBBLICO**

CUAA (CODICE FISCALE)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE

NUMERO DOMANDA

**Sez. I - Comunicazione ai sensi dell'art. 16.3-A dell'Avviso Pubblico (cessione di azienda)**

Il sottoscritto comunica di essere subentrato nella conduzione della seguente azienda, e allega la relativa documentazione:

CUAA (CODICE FISCALE)

DATA DI CESSIONE

Fattispecie	Documentazione giustificativa
<input checked="" type="checkbox"/> Cessione di azienda	<input type="checkbox"/> 1 copia dell'atto registrato con il quale, a qualsiasi titolo, è trasferita l'azienda dal cedente al cessionario, contenente l'indicazione puntuale delle superfici dichiarate nell'atto amministrativo

**Sez. II - Comunicazione ai sensi dell'art. 16.3-C dell'Avviso Pubblico (successioni)**

Il sottoscritto comunica di essere subentrato nella conduzione della seguente azienda, e allega la relativa documentazione:

CUAA (CODICE FISCALE)

Fattispecie	Documentazione giustificativa
<b>A. Successione legittima</b>	
<input type="checkbox"/> a decesso del beneficiario (successione mortis causa)	
<input type="checkbox"/> 1 Dichiarazione sostitutiva di certificazione di morte del titolare <i>unitamente a:</i> Copia del documento d'identità in corso di validità dell'erede dichiarante	
<input type="checkbox"/> 2 scrittura notarile indicante la linea ereditaria <b>oppure</b> <input type="checkbox"/> 3 dichiarazione sostitutiva con l'indicazione della linea ereditaria <i>unitamente a:</i> copia del documento di identità in corso di validità dell'erede richiedente	
<b>inoltre, nel caso di coeredi:</b> <input type="checkbox"/> 4 delega/consenso di tutti i coeredi al richiedente <b>oppure</b> <input type="checkbox"/> 5 nel caso di irreperibilità di uno o più coeredi, dichiarazione sostitutiva del richiedente attestante l'irreperibilità dei coeredi <i>unitamente a:</i> documento di identità in corso di validità di tutti i deleganti	
<i>In caso di costituzione della comunione ereditaria:</i> <input type="checkbox"/> 6 Dichiarazione resa da almeno uno dei coeredi nella quale si dichiara che la successione è eseguita in favore della comunione ereditaria costituita	
<b>B. Successione testamentaria</b>	
<input type="checkbox"/> 7 Dichiarazione sostitutiva di atto notorio per uso successione <i>unitamente a:</i> Copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante	

18A08185

