**

PO FEAMP

ITALIA 2014/2020

**MODELLO ATTUATIVO**

**DEL GAL PORTA A LEVANTE scarl**

**ALLEGATO C.6**

**SCHEMA DOMANDA DI PAGAMENTO ANTICIPAZIONE**

**Organismo Intermedio Regione PUGLIA**

**GAL Porta a Levante scarl**

**PROTOCOLLO:**

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

**SSL 2014/2020 GAL Porta a Levante scarl**

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

Azione: 2

Intervento: 2.4

ESTREMI

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

**TIPOLOGIA DELLA DOMANDA DI SOSTEGNO INIZIALE**

Individuale in ATI/ATS Trasmessa il Prot.

\_\_/\_\_/\_\_\_\_

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

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.:

Comune:

Prov.:

CAP:

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

**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:

**ADESIONE ALLE AZIONI DELLA SSL DEL GAL Porta a Levante scarl**

Priorità Obiettivo Tematico Azione Intervento Importo

€ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,\_\_** pari al **\_\_\_**% dell’importo della spesa massima ammissibile

2.4

2

OT **8**

**4**

€

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **INTERVENTO PER IL QUALE**  **SI RICHIEDE IL CONTRIBUTO** | **DOMANDA DI SOSTEGNO** | | **ANTICIPO**  **RICHIESTO** |
| **SPESA TOTALE AMMESSA** | **CONTRIBUTO AMMESSO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTALE (€)** |  |  |  |

**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