**GRUPPO DI AZIONE LOCALE PORTA A LEVANTE s.c.ar.l.**





**MODELLO ATTUATIVO**

**DEL GAL PORTA A LEVANTE s.c.ar.l.**

**ALLEGATO C.11**

**SCHEMA DOMANDA DI RINUNCIA**

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

**SSL 2014/2020 GAL PORTA A LEVANTE SCARL**

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

AZIONE 1 - STRUTTURE ED INFRASTRUTTURE DI PICCOLA SCALA PER

MIGLIORARE LA FRUIZIONE TURISTICA DEL TERRITORIO

INTERVENTO 1.2 - MIGLIORARE L’ACCESSIBILITÀ DELLE AREE MARINE

COSTIERE PER LA FRUIZIONE TURISTICA

ESTREMI AVVISO PUBBLICO: \_\_\_\_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_\_\_\_

**PROTOCOLLO:**

**Organismo Intermedio Regione PUGLIA**

**GAL PORTA A LEVANTE SCARL**

**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)*

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.:

Indirizzo di posta elettronica certificata (PEC):

Comune:

Prov.:

CAP:

**Rappresentante legale**

Codice Fiscale:

Cognome:

Comune di nascita: (\_\_)

Sesso:

Data di nascita:

Nome:

**Residenza del rappresentante legale**

Indirizzo e n. civ.:

Tel./Cell.:

CAP:

Prov.:

Comune:

**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 lavorazione 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 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Appendici di Proroga |  | Numero: |  | Data: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Appendici di Subentro |  | Numero: |  | Data: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | Appendici modifica dati |  | Numero: |  | Data: \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ |

**DATI DI RIEPILOGO**

Importo concesso

**€**

Presenza atto di concessione

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

Data termine lavori

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Importo richiesto in domanda di sostegno | € |  | Importo richiesto in domanda di pagamento | € |
| Totale importo liquidato | € |  | Importo oggetto della fidejussione | € |
| Totale importo riduzioni | € |  | 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**

 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*

IN FEDE

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

**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)*

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:

**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:

Annualità:

Beneficiario:

CUP:

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

Data di rilascio:

N. Protocollo:

TIMBRO DELL’UFFICIO E FIRMA DEL RESPONSABILE: