



PO FEAMP

ITALIA 2014/2020

**MODELLO ATTUATIVO
DELL'AUTORITÀ DI GESTIONE**

ALLEGATO 18

SCHEMA DOMANDA DI RINUNCIA

PROTOCOLLO:	DOMANDA DI RINUNCIA – PO-FEAMP 2014/2020 REGG. (UE) 1303/2013 e 508/2014
AUTORITÀ DI GESTIONE (REGIONE PIEMONTE)	MISURA: _____ SOTTOMISURA: _____ ESTREMI AVVISO PUBBLICO: _____ del _____

TIPOLOGIA DELLA DOMANDA DI SOSTEGNO INIZIALE

<input type="checkbox"/> Individuale	<input type="checkbox"/> Codice FLAG	Trasmessa il	<input type="text" value="___ / ___ / ____"/>	Prot.	<input type="text"/>
--------------------------------------	--------------------------------------	--------------	---	-------	----------------------

OGGETTO E CAUSALE DELLA RINUNCIA

TIPOLOGIA DI DOMANDA:

Sostegno, Anticipo, SAL, Saldo, ecc.

Stato di lavorazione:

Causale:

Note:

DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO

Codice Fiscale _____	Partita IVA	
COD. Iscrizione Camera di Commercio	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 o Ragione sociale	Nome	
Data di nascita __ / __ / __	Sesso	Comune di nascita (_ _)

Residenza del rappresentante legale

Indirizzo e n.civ.	Tel.	Cell.
Comune (_ _)	CAP	

DATI DI RIFERIMENTO DOMANDE DI RINUNCIA

DOMANDA DI SOSTEGNO

Numero atto di 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	€ _____
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 fidejussoria 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

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

DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO

Codice Fiscale _ _ _ _ _	Partita IVA	
COD. Iscrizione Camera di Commercio	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 PO-FEAMP 2014/2020, Priorità (...) Misura (...)

Annualità:

Beneficiario:

CUP:

N. Domanda:

Data di rilascio:

N. Protocollo:

TIMBRO DELL'UFFICIO O FIRMA DEL RESPONSABILE: