

ALLEGATO 2a - Modello di domanda di aiuto Strutture aziendali

D.Lgs. 29 marzo 2004 n. 102 e ss.mm.ii.

POLIZZE STRUTTURE AZIENDALI (D.M. 12 Gennaio 2015 n.162 e ss.mm.ii. - D.M. 24 luglio 2015 n. 15757)

Domanda di aiuto/PAI per l'accesso ai benefici del Fondo di solidarietà nazionale (FSN)

Decreto recante modalità attuative e invito a presentare proposte per le campagne assicurative 2021 e 2022, n. XXX del XXX pubblicato su G.U.R.I. XXX.

CAMPAGNA ASSICURATIVA XXX

AUTORITA' COMPETENTI

MINISTERO DELL'AGRICOLTURA, DELLA SOVRANITA' ALIMENTARE E DELLE FORESTE
ORGANISMO PAGATORE
AGEA - AGENZIA PER LE EROGAZIONI IN AGRICOLTURA

SPAZIO RISERVATO AL CODICE A BARRE

CODICE A BARRE

COMPILATO PER IL TRAMITE DI

CODICE CAA SIGLA PROVINCIA Progr. Ufficio OPERATORE

DOMANDA:

INIZIALE

DI MODIFICA

In modifica della domanda numero:

DI SUBENTRO (ai sensi dell'art. 13 del Decreto)

NUMERO IN CHIARO

QUADRO A - AZIENDA

SEZIONE I - DATI IDENTIFICATIVI DEL RICHIEDENTE

CUAA (CODICE FISCALE)

SOGGETTO RICADENTE IN UNA DELLE
FATTISPECIE DI CUI AL DLGS. 50/2016 e s.m.i.

SI

NO

COGNOME O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)

SESSO

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

C.A.P.

Comune

Provincia

RAPPRESENTANTE LEGALE

CUAA (CODICE FISCALE)

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)

SESSO

COMUNE DI NASCITA

PROVINCIA

SEZIONE II - COORDINATE PER IL PAGAMENTO

Il pagamento deve essere effettuato al richiedente

Autorizzo l'Organismo Pagatore AGEA ad effettuare il pagamento all'Organismo collettivo di difesa (solo se Polizza collettive e in presenza di flag su Anticipo consortile - vedi quadro C e Allegato Polizza):

CUAA (CODICE FISCALE)

RAGIONE SOCIALE

RAPPRESENTANTE LEGALE

CUAA (CODICE FISCALE)

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)

SESSO

COMUNE DI NASCITA

PROVINCIA

N.B. Il conto deve essere intestato al richiedente/OCD - il codice BIC-IBAN indicato identifica il rapporto corrispondente con l'Istituto di Credito del richiedente/OCD: l'ordine di pagamento da parte dell' Organismo Pagatore AGEA si ritiene eseguito correttamente per quanto riguarda il beneficiario indicato dal codice BIC-IBAN (Direttiva 2007/64/CE del 13/11/2007, applicata in Italia con L. n. 89/2009 e con il D. Lgs. 27 gennaio 2010 n. 11).

SWIFT (o BIC) - COORDINATE BANCARIE (obbligatorio nel caso di transazioni internazionali)

IBAN - COORDINATE BANCARIE (riempire obbligatoriamente tutti i campi del presente riquadro)

ISTITUTO

AGENZIA

COMUNE

PROVINCIA

C.A.P.

CUAA (CODICE FISCALE)	COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE	NUMERO DOMANDA
QUADRO B - RIFERIMENTI		
SEZIONE I - RIFERIMENTI AL FASCICOLO AZIENDALE		
DATA DI VALIDAZIONE	NUMERO DI VALIDAZIONE	ORGANISMO PAGATORE COMPETENTE PER IL FASCICOLO
SEZIONE II - RIFERIMENTI ORGANISMO DI DIFESA A CUI SI ADERISCE (obbligatorio per l'adesione alle polizze collettive)		
CODICE ORGANISMO	ORGANISMO COLLETTIVO DI DIFESA	
QUADRO C - DATI RELATIVI AL PAGAMENTO DEL PREMIO DI POLIZZA		
SEZIONE I - RIFERIMENTI ALLA POLIZZA		
COMPAGNIA ASSICURATRICE	codice	denominazione
NUMERO POLIZZA / CERTIFICATO		
ORGANISMO COLLETTIVO DI DIFESA CON CUI E' STATA STIPULATA LA POLIZZA (se Polizza collettiva)		
MODALITA' PAGAMENTO		
IMPORTO PAGATO (EURO)		DATA DEL PAGAMENTO
QUADRO D - DATI RELATIVI ALL'AIUTO RICHIESTO		
SEZIONE I - RIFERIMENTI ALL'AIUTO RICHIESTO		
AIUTO RICHIESTO (EURO)		(PARI AL 50 % DEL PREMIO DI POLIZZA)

CUAA (CODICE FISCALE)	COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE	NUMERO DOMANDA						
QUADRO E - PAI								
SEZIONE I - SUPERFICIE MASSIMA ASSICURABILE PER LA DOMANDA DI AIUTO								
REGIONE	PROVINCIA	COMUNE	PRODOTTO (da DM Prezzi)	SUPERFICIE			PREZZO UNITARIO MASSIMO	VALORE MASSIMO DA ASSICURARE
				ETTARI	ARE	CA		

CUAA (CODICE FISCALE)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE

NUMERO DOMANDA

QUADRO F - IMPEGNI E SOTTOSCRIZIONE

Il sottoscritto:

ai sensi del Decreto recante modalità attuative e invito a presentare proposte per la campagna assicurativa XXX, chiede l'erogazione del contributo pubblico previsto dal D.Lgs. 29 marzo 2004 n. 102 e ss.mm.ii.

A tal fine dichiara assumendone la responsabilità, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46,47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000:

- di essere imprenditore agricolo ai sensi dell'art. 2135 del Codice civile, iscritto nel registro delle imprese o nell'anagrafe delle imprese agricole istituita presso le Province Autonome di Trento e di Bolzano;
- di essere una PMI, di cui all'articolo 2, punto 2) del Reg. (UE) n. 702/2014;
- di non essere un'impresa in difficoltà, così come definita dall'art. 2, par. 1, punto (14) del Reg. (UE) n. 702/2014;
- di non essere un soggetto destinatario di un ordine di recupero pendente a seguito di una precedente decisione della Commissione Europea che dichiara gli aiuti illegittimi e incompatibili con il mercato interno conformemente a quanto indicato all'art. 1, par. 5, del Reg. (UE) n. 702/2014;
- che l'operazione per la quale è richiesto l'aiuto, di cui alla presente domanda, rispetta tutti i requisiti richiesti dal Decreto con particolare riferimento agli interventi ammissibili di cui all'art. 4 e agli impegni ed altri obblighi di cui all'art. 5;
- che per la realizzazione degli interventi di cui alla presente domanda di aiuto non ha ottenuto né richiesto, anche tramite gli organismi collettivi di difesa di appartenenza, contributi a valere su altre misure dei PSR 2014/2022 (fondo FEASR) o da altri fondi SIE o nazionali;
- di essere a conoscenza che, in caso di adesione ad una polizza collettiva, l'OCOD di appartenenza all'uopo delegato può ricevere un acconto dell'aiuto, a titolo di rimborso di quanto anticipato per il pagamento della polizza, e che in tal caso l'importo a titolo di aiuto verrà erogato al netto di quanto già anticipato all'OCOD e di rilasciarne pertanto più ampia quietanza;
- che la presente operazione è oggetto di intervento integrativo da parte dell'Ente _____ a carico di fondi _____;
- 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 ss.mm.ii.;
- che nel caso di imprese in attività al momento della presentazione della domanda si provvederà ad aggiornare la destinazione d'uso della superficie in cui insiste la struttura qualora il Fascicolo aziendale non risulti aggiornato nel XXX.

Dichiara, agli stessi effetti, inoltre:

- di essere a conoscenza delle disposizioni e norme, unionali e nazionali, che disciplinano la corresponsione degli aiuti richiesti con la presente domanda di aiuto e che disciplinano il settore dell'assicurazione agricola agevolata;
- di essere a conoscenza del decreto recante modalità attuative e invito a presentare proposte per la campagna assicurativa XXX, sulle polizze a copertura dei rischi sulle strutture aziendali;
- di essere a conoscenza delle conseguenze derivanti dall'inosservanza degli adempimenti precisati nel decreto recante modalità attuative e invito a presentare proposte per la campagna assicurativa XXX;
- di essere a conoscenza che l'entrata in copertura della polizza non può essere antecedente al 1° gennaio della campagna di riferimento e che deve terminare entro il 31 dicembre dello stesso anno;
- di essere a conoscenza delle disposizioni previste nel "Piano di gestione dei rischi in agricoltura" della campagna di riferimento in materia di determinazione della spesa premi ammissibile a contributo in base all'applicazione dei parametri contributivi, per ogni combinazione anno/prodotto/aversità assicurabili relativamente alle strutture aziendali;
- di essere a conoscenza delle disposizioni previste dall'art. 33 del D.Lgs. 228/2001 in materia di sospensione dei procedimenti di erogazione in caso di notizie circostanziate circa indebite percezioni di erogazioni;
- di disporre e poter esibire se richiesto in sede di controllo idonea documentazione comprovante:
 - a) conformità agli strumenti urbanistici e norme di settore;
 - b) la polizza/certificato sottoscritti in originale;
 - c) la documentazione attestante il pagamento della quota di premio complessivo di propria competenza al consorzio di difesa nel caso di polizze collettive;
- di conservare tutta la documentazione citata al precedente punto per i tre anni successivi alla data di pagamento del contributo pubblico;
- di essere a conoscenza che i propri dati personali potranno essere comunicati, per lo svolgimento delle rispettive funzionalità istituzionali, agli organi ispettivi pubblici, unionali, nazionali e regionali;
- di essere consapevole che l'Autorità competente avrà accesso, in ogni momento e senza restrizioni, 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 dell'aiuto richiesto;
- 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;
- 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;
- di essere consapevole che l'Organismo pagatore, in ottemperanza alla normativa unionale e nazionale in materia, effettuerà i controlli e determinerà l'importo della spesa ammissibile e dell'aiuto concedibile;
- di essere a conoscenza che ogni comunicazione al sottoscritto sarà effettuata tramite la PEC indicata sulla domanda, ovvero sul sito internet del Masaf e sul sito di Agea, o attraverso il portale SIAN con modalità che sarà opportunamente pubblicizzata, ed, in particolare, che in caso di esito completamente positivo dell'istruttoria, la comunicazione avverrà solo mediante pubblicazione su sito internet del Masaf e mediante portale SIAN;
- di essere consapevole che il contributo pubblico massimo erogabile, calcolato sulla spesa ammessa in seguito all'istruttoria della presente domanda di aiuto, è pari al 50% per le polizze/certificati a copertura dei rischi sulle strutture aziendali, in funzione della disponibilità finanziaria di cui all'avviso pubblico.
- di essere non essere soggetto all'applicazione del DURC

Si impegna, inoltre:

- a consentire l'accesso in azienda e alla documentazione agli organi incaricati dei controlli, in ogni momento e senza restrizioni;
- a comunicare tempestivamente eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato nella domanda, anche con riferimento all'indirizzo di posta elettronica certificata;
- a consentire il trattamento dei dati conferiti per le finalità e gli obblighi previsti dalla normativa di settore.

Autorizza:

- 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 attività istruttorie ai fini del trattamento dei dati per la domanda di aiuto, nonché per le finalità istituzionali contenute nell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 196/2003 e del Regolamento UE 679/2016;
- altresì, la comunicazione dei dati conferiti ai soggetti elencati nella Informativa ed il trasferimento agli altri soggetti titolari e responsabili del trattamento;
- la comunicazione all'Organismo 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 (in caso di pagamento effettuato al richiedente).

Con riferimento alla documentazione necessaria alla richiesta della certificazione antimafia, qualora prevista sulla base dell'importo del contributo richiesto:

1 dichiara che i documenti necessari sono stati messi a disposizione dell'Amministrazione

2 dichiara di essere un Ente Pubblico esonerato dall'obbligo della certificazione antimafia

Dichiara, infine, di essere consapevole che, apponendo la firma nello spazio sottostante, si assume la piena responsabilità che quanto esposto nella presente domanda - include le dichiarazioni sopra riportate che si intendono qui integralmente assunte - risponde al vero e di essere a conoscenza delle norme penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii. per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

LUOGO E DATA DI SOTTOSCRIZIONE

Fatto a: _____ il: _____

NON COMPILARE IL RIQUADRO SOTTOSTANTE IN CASO DI DICHIARAZIONE SOTTOSCRITTA CON FIRMA DIGITALE

ESTREMI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO: Tipo documento: _____ N° _____ Data scadenza: _____
(di cui si richiede fotocopia in allegato alla domanda)

IN FEDE _____

CUAA (CODICE FISCALE)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE

NUMERO DOMANDA

QUADRO G - ELENCO DI CONTROLLO DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

TIPO DI DOCUMENTO

Codice	Descrizione

CAA:

UFFICIO:

ATTESTAZIONI A CURA DELL'UFFICIO

- 1) Il produttore si è presentato presso questo ufficio ed è stato identificato;
- 2) Il produttore ha firmato la domanda;
- 3) la domanda e gli eventuali allegati presenti sono stati archiviati presso questo ufficio;
- 4) la domanda contiene gli allegati sopra indicati.

Data : _____

Firma dell'operatore di SEDE del CAA che ha curato la compilazione e la stampa della domanda:

Il sottoscritto in qualità di responsabile di SEDE (o di responsabile di livello superiore) del CAA _____, dichiara che le attività sopra descritte sono state eseguite nel rispetto delle disposizioni impartite dall'Organismo Pagatore AGEA

**Timbro e Firma del responsabile di SEDE del CAA
(o del responsabile di livello superiore)**

In qualità di Responsabile di Sede

MASAF - DISR 06 - Procl. Iscizia N.0124922 del 27/02/2023

CUAA (CODICE FISCALE)	COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE	NUMERO DELLA DOMANDA

QUADRO H - ALLEGATO ALLA DOMANDA DI AIUTO - INFORMATIZZAZIONE POLIZZA STIPULATA

PRESENZA DI POLIZZA INTEGRATIVA		ANTICIPO CONSORTILE		NUMERO POLIZZA / CERTIFICATO
POLIZZA INDIVIDUALE		DATA STIPULA POLIZZA/CERTIFICATO		
INTERVENTO	DESCRIZIONE INTERVENTO	CONSORZIO CON CUI E' STATA STIPULATA LA POLIZZA COLLETTIVA	COD. COMPAGNIA	COMPAGNIA ASSICURATRICE

DATI DELLA POLIZZA STIPULATA													
REGIONE	PROVINCIA	COMUNE		PRODOTTO (da DM Prezzi)	SPECIFICA DI PRODOTTO (da DM prezzi)	AVVERSITA'	SUPERFICIE ASSICURATA	PREZZO UNITARIO	VALORE ASSICURATO	TASSO	PREMIO	DATA INIZIO COPERTURA	DATA FINE COPERTURA
		CODICE	DESCRIZIONE										
TOTALI:													

CUAA (CODICE FISCALE)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE

NUMERO DOMANDA

PROCEDURA DI GARA PER INDIVIDUAZIONE COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE

SI

NO

DICHIARA E ALLEGA:

1. espletamento diretto della procedura di gara per l'individuazione della Compagnia di assicurazione:
Provvedimento di aggiudicazione alla Compagnia di assicurazione;

2. conferimento dell'attività di individuazione della Compagnia di assicurazione ad un Organismo collettivo di difesa:
Provvedimento autorizzatorio all'adesione al citato Organismo collettivo di difesa o Provvedimento di affidamento del servizio assicurativo all'Organismo collettivo per l'annata assicurativa di riferimento.

DATA DELL'ATTO

PROTOCOLLO DELL'ATTO (facoltativo)

CIG relativo alla procedura di gara

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

CUAA (CODICE FISCALE)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE

NUMERO DOMANDA

QUADRO L - SOGGETTI RICADENTI IN UNA DELLE FATTISPECIE DI CUI ALL'ART. 13 DEL DECRETO**SEZIONE I - CESSIONE DI AZIENDE**

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
h Cessione di azienda	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

SEZIONE II - SUCCESSIONE "MORTIS CAUSA"

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

CUAA (CODICE FISCALE)

Fattispecie	Documentazione giustificativa
a decesso del beneficiario (successione mortis causa)	A. Successione legittima
	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
	2 scrittura notarile indicante la linea ereditaria <i>oppure</i> 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
	inoltre, nel caso di coeredi:
	4 delega/consenso di tutti i coeredi al richiedente <i>oppure</i> 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 del dichiarante
	In caso di costituzione della comunione ereditaria:
	6 dichiarazione resa da almeno uno dei coeredi nella quale si dichiara che la successione è eseguita in favore della comunione ereditaria costituita
	B. Successione testamentaria
	7 dichiarazione sostitutiva di atto notorio per uso successione <i>unitamente a:</i> copia del documento di identità in corso di validità del dichiarante