

## ALLEGATO 2b - Modello di domanda di aiuto Smaltimento carcasce

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

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

Domanda di aiuto per l'accesso ai benefici del Fondo di solidarietà nazionale (FSN) - Reg. (UE) 702/2014 - SA.49425(2017/XA)

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 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

(Se barrato SI, valorizzare automaticamente il check Conduttore)

CONTRATTO DI  
SOCCIDA

SI     NO

CONDUTTORE

COGNOME O RAGIONE SOCIALE

NOME

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)

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

C.A.P.

Comune

Provincia

**RAPPRESENTANTE LEGALE**

CUAA (CODICE FISCALE)

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)

SESSO  
M    F

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 collettiva 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  
M    F

COMUNE DI NASCITA

PROVINCIA

N.B. Il conto deve essere intestato al richiedente/OCB - il codice BIC-IBAN indicato identifica il rapporto corrispondente con l'Istituto di Credito del richiedente/OCB: 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. 88/2009 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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**QUADRO B - RIFERIMENTI**

**SEZIONE I - RIFERIMENTI AL FASCICOLO AZIENDALE**

DATA DI VALIDAZIONE	NUMERO DI VALIDAZIONE	ORGANISMO PAGATORE COMPETENTE PER IL FASCICOLO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

DATA DI PRESENTAZIONE	NUMERO IDENTIFICATIVO (Codice a barre)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**SEZIONE III - RIFERIMENTI ORGANISMO DI DIFESA A CUI SI ADERISCE (obbligatorio per l'adesione alle polizze collettive)**

CODICE ORGANISMO	ORGANISMO COLLETTIVO DI DIFESA
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**QUADRO C - DATI RELATIVI AL PAGAMENTO DEL PREMIO DI POLIZZA**

**SEZIONE I - RIFERIMENTI ALLA POLIZZA**

	codice	denominazione
COMPAGNIA ASSICURATRICE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NUMERO POLIZZA / CERTIFICATO	<input type="text"/>	
ORGANISMO COLLETTIVO DI DIFESA CON CUI E' STATA STIPULATA LA POLIZZA (se Polizza collettiva)	<input type="text"/>	
MODALITA' PAGAMENTO	<input type="text"/>	
IMPORTO PAGATO (EURO)	<input type="text"/>	DATA DEL PAGAMENTO <input type="text"/>

**SEZIONE II - RIFERIMENTI ALL'AIUTO RICHIESTO**

AIUTO RICHIESTO (EURO)	<input type="text"/>	(PARI AL 50 % DEL PREMIO DI POLIZZA)
------------------------	----------------------	--------------------------------------

CUAA (CODICE FISCALE)

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE

NUMERO DOMANDA

**QUADRO D - 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 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, comma 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 del 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' OCD 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'OCD 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 il Fascicolo aziendale con i dati relativi all'allevamento qualora 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 costi di smaltimento delle carcasse animali;
- 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 dell'anno di riferimento della campagna assicurativa 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/provincia/allevamento/garanzia di polizza relativamente allo smaltimento carcasse;
- 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) la consistenza zootecnica dichiarata nel Piano Assicurativo Individuale;
  - b) la polizza/certificato sottoscritti in originale;
  - c) la documentazione attestante il pagamento della quota di premio complessivo di propria competenza all'Organismo 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 allevamenti 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 dell'aiuto richiesto;
- che la documentazione relativa ad acquisizioni, cessioni e movimentazioni di animali è regolarmente registrata e l'autorità competente vi avrà accesso, in ogni momento e senza restrizioni per le attività di ispezione previste;
- 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 costi per lo smaltimento carcasse, 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 PEC;
- 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 Digs. 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 - incluse le dichiarazioni sopra

**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 F - ALLEGATO ALLA DOMANDA DI AIUTO - INFORMATIZZAZIONE DELLA POLIZZA STIPULATA**

NUMERO IDENTIFICATIVO DEL PAI

PRESENZA DI POLIZZA INTEGRATIVA	
---------------------------------	--

POLIZZA INDIVIDUALE	
---------------------	--

DATA STIPULA POLIZZA/CERTIFICATO

NUMERO POLIZZA / CERTIFICATO

INTERVENTO

DESCRIZIONE INTERVENTO

ORGANISMO DI DIFESA CON CUI E' STATA STIPULATA LA POLIZZA COLLETTIVA

ANTICIPO CONSORTILE	
---------------------	--

CODICE COMPAGNIA	
------------------	--

COMPAGNIA ASSICURATIVA

**CORRISPONDENZA PAI - PRODUZIONI E VALORI ASSICURATI**

DATI DEL PAI														
REGIONE	PROVINCIA	COMUNE		ALLEVAMENTO (CODICE ASL)	SPECIE	TIPOLOGIA PRODUTTIV A	PRODOTTO (DM PREZZI)	N. CICLI PRODUTTIVI (A)	BENI ASSICURATI (B)		PRODUZIONE UNITARIA (C)		QUANTITA' MASSIMA ASSICURATA (A*B*C)	
		CODICE	DESCRIZIONE						U.M.	QTA	U.M.	QTA	U.M.	QTA

DATI DELLA POLIZZA STIPULATA											
SPECIFICA DI PRODOTTO PREZZO MASSIMO (DM PREZZI)	N. CICLI PRODUTTIVI (A)	BENI ASSICURATI (B)		PRODUZIONE UNITARIA (C)		PREZZO UNITARIO €/Kg (D)	VALORE ASSICURATO	TASSO (E)	PREMIO	DATA INIZIO COPERTURA	DATA FINE COPERTURA
		U.M.	QTA	U.M.	QTA						

USUFRUIBILITA' MAGGIORAZIONE CARCASSE (DM PREZZI):
--

--

MASAF - DISR 06 - Prot. Uscita N°124922 del 27/02/2023

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 H - 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
<input type="checkbox"/> h 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

**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
<input type="checkbox"/> a decesso del beneficiario (successione mortis causa)	<p><b>A. Successione legittima</b></p> <p><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</p> <p><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</p> <p><b>inoltre, nel caso di coeredi:</b></p> <p><input type="checkbox"/> 4 delega/consenso di tutti i coeredi al <i>unitamente a:</i> documento di identità in corso di validità di tutti i deleganti <b>oppure</b> <input type="checkbox"/> 5 nel caso di irreperibilità di uno o più coeredi, dichiarazione sostitutiva del richiedente <i>unitamente a:</i> documento di identità in corso di validità del dichiarante</p> <p><b>In caso di costituzione della comunione ereditaria:</b></p> <p><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</p> <p><b>B. Successione testamentaria</b></p> <p><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</p>