(da redigere su carta intestata dell'Organizzazione partner) All. 1

Unione europea
FEAD

All'ORGANISMO PAGATORE AGEA
DOMANDA UNICA e OCM
Via Palestro, 81 - 00185 ROMA

Il sottoscritto/a …….. nato/a il ……..……..…

a ……Provincia ….....… C.F. _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

legale rappresentante della/del .....

C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

con sede a ……..……... Pv ……

CHIEDE

all'Organismo Pagatore AGEA, ai sensi dei commi a) e c), par. 2., art. 26 del Regolamento (UE) n. 223/2014, il rimborso delle spese amministrative, di trasporto e di magazzinaggio sostenute per la distribuzione delle derrate alimentari ricevute nell'ambito del Programma Operativo FEAD PO I, Programma 2016 – Paniere 1 - CUP F59D16001040006, al quale ha aderito sulla base delle "Istruzioni Operative n. 38" del 04.09.2017.

DICHIARA

che il codice IBAN corrispondente al c\c sul quale deve essere versato il rimborso spettante è il seguente:

A TAL FINE ALLEGA: (barrare le caselle interessate)

1. ☐ il "Modulo per la comunicazione codice IBAN" e i relativi allegati

2. ☐ la fotocopia integrale, fronte e retro, di un documento di identità del legale rappresentante, in corso di validità

DATA

TIMBRO DELL'ORGANIZZAZIONE PARTNER
E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

…… ……..……

Note esplicative:

- il trattamento dei dati dichiarati nel presente modello è effettuato dall'Organismo Pagatore Agea secondo le disposizioni previste dal Reg. (UE) 2016/679, come specificato al cap. 3 della nota Agea – **ISTRUZIONI OPERATIVE N. ,** prot. n. del ;
- ai sensi dell'art. 38 del D.P.R. 28.12.2000, n. 445, la sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione ove sia apposta in presenza del dipendente addetto, ovvero sia presentata unitamente a copia fotostatica integrale di un valido documento d'identità del sottoscrittore.

DATA

TIMBRO DELL'ORGANIZZAZIONE PARTNER
E FIRMA DEL LEGALE RAPPRESENTANTE

…… ……..……