

CUAA (CODICE FISCALE)	DENOMINAZIONE ORGANISMO COLLETTIVO DI DIFESA	NUMERO DOMANDA

QUADRO B - RIFERIMENTI AL FASCICOLO AZIENDALE

DATA DI VALIDAZIONE		NUMERO DI VALIDAZIONE	
ORGANISMO PAGATORE COMPETENTE PER IL FASCICOLO			

CUAA (CODICE FISCALE)	DENOMINAZIONE ORGANISMO COLLETTIVO DI DIFESA	NUMERO DOMANDA
-----------------------	--	----------------

QUADRO C - ELENCO DI CONTROLLO DELLE POLIZZE PRESENTI NELLA CONVENZIONE DI POLIZZA

SEZ. I - DATI CONVENZIONE POLIZZA

Codice IVASS	Codice ANIA	Descrizione Assicurazione	Data Quietanza	Numero Quietanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numero Convenzione Polizza		Data	Allegato Quietanza (upload)	Totale Premio Quietanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prog.	CUAA Assicurato	N° Certificato Polizza	Spesa sostenuta dagli OCD per conto dei propri associati	Il Consorzio dichiara di possedere l'autorizzazione del Socio al pagamento dell'aiuto direttamente all'OCD	Prog.	CUAA Assicurato	N° Certificato Polizza	Spesa sostenuta dagli OCD per conto dei propri associati	Il Consorzio dichiara di possedere l'autorizzazione del Socio al pagamento dell'aiuto direttamente all'OCD	Prog.	CUAA Assicurato	N° Certificato Polizza	Spesa sostenuta dagli OCD per conto dei propri associati	Il Consorzio dichiara di possedere l'autorizzazione del Socio al pagamento dell'aiuto direttamente all'OCD
1					11					21				
2					12					22				
3					13					23				
4					14					24				
5					15					25				
6					16					26				
7					17					27				
8					18					28				
9					19					29				
10					20					30				

TOTALE SPESA SOSTENUTA DAGLI OCD PER CONTO DEI PROPRI ASSOCIATI

SEZ. II - DATI CONVENZIONE POLIZZA

Codice IVASS	Codice ANIA	Descrizione Assicurazione	Data Quietanza	Numero Quietanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numero Convenzione Polizza		Data	Allegato Quietanza (upload)	Totale Premio Quietanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prog.	CUAA Assicurato	N° Certificato Polizza	Spesa sostenuta dagli OCD per conto dei propri associati	Il Consorzio dichiara di possedere l'autorizzazione del Socio al pagamento dell'aiuto direttamente all'OCD	Prog.	CUAA Assicurato	N° Certificato Polizza	Spesa sostenuta dagli OCD per conto dei propri associati	Il Consorzio dichiara di possedere l'autorizzazione del Socio al pagamento dell'aiuto direttamente all'OCD	Prog.	CUAA Assicurato	N° Certificato Polizza	Spesa sostenuta dagli OCD per conto dei propri associati	Il Consorzio dichiara di possedere l'autorizzazione del Socio al pagamento dell'aiuto direttamente all'OCD
1					11					21				
2					12					22				
3					13					23				
4					14					24				
5					15					25				
6					16					26				
7					17					27				
8					18					28				
9					19					29				
10					20					30				

TOTALE SPESA SOSTENUTA DAGLI OCD PER CONTO DEI PROPRI ASSOCIATI

SEZ. III - DATI CONVENZIONE POLIZZA

Codice IVASS	Codice ANIA	Descrizione Assicurazione	Data Quietanza	Numero Quietanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numero Convenzione Polizza		Data	Allegato Quietanza (upload)	Totale Premio Quietanza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Prog.	CUAA Assicurato	N° Certificato Polizza	Spesa sostenuta dagli OCD per conto dei propri associati	Il Consorzio dichiara di possedere l'autorizzazione del Socio al pagamento dell'aiuto direttamente all'OCD	Prog.	CUAA Assicurato	N° Certificato Polizza	Spesa sostenuta dagli OCD per conto dei propri associati	Il Consorzio dichiara di possedere l'autorizzazione del Socio al pagamento dell'aiuto direttamente all'OCD	Prog.	CUAA Assicurato	N° Certificato Polizza	Spesa sostenuta dagli OCD per conto dei propri associati	Il Consorzio dichiara di possedere l'autorizzazione del Socio al pagamento dell'aiuto direttamente all'OCD
1					11					21				
2					12					22				
3					13					23				
4					14					24				
5					15					25				
6					16					26				
7					17					27				
8					18					28				
9					19					29				
10					20					30				

TOTALE SPESA SOSTENUTA DAGLI OCD PER CONTO DEI PROPRI ASSOCIATI

SEZ. N - DATI CONVENZIONE POLIZZA

CUAA (CODICE FISCALE)

DENOMINAZIONE ORGANISMO COLLETTIVO DI DIFESA

NUMERO DOMANDA

QUADRO D - DATI RELATIVI ALLA RICHIESTA DI PAGAMENTO DELL'ACCONTO

TOTALE SPESA SOSTENUTA DAGLI OCD PER CONTO DEI PROPRI ASSOCIATI (EURO) <small>(risultante dai totali del Quadro C)</small>	% ACCONTO (*)	IMPORTO MASSIMO ACCONTO (EURO)	IMPORTO GIÀ RESTITUITO DAI SOCI AL CONSORZIO (EURO)	ENTE CHE HA RIMBORSATO L'AUTO AL CONSORZIO	CONTRIBUTO EROGATO DA ALTRI ENTI PUBBLICI (EURO)	IMPORTO ACCONTO RICHIESTO (EURO)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(*) PARI ALLA % PREVISTA ALL'ART. 1 DEL D.M. 0107542 del 07/03/2022

CUAA (CODICE FISCALE)

DENOMINAZIONE ORGANISMO COLLETTIVO DI DIFESA

NUMERO DOMANDA

QUADRO E - IMPEGNI E SOTTOSCRIZIONE

Il Rappresentante Legale dell'Organismo Collettivo di Difesa:

ai sensi del D.M. n. 0107542 del 07/03/2022 recante disposizioni per la concessione dell'acconto agli OCD per gli Aiuti Nazionali _____ - Annualità _____, **chiede** l'erogazione a suo favore dei contributi pubblici ivi previsti.**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:**

- che ha sostenuto il pagamento della polizza collettiva nei confronti delle Compagnie Assicuratrici con traccia delle operazioni effettuate (bonifico / carta di credito ecc.);
- che esiste l'autorizzazione del socio aderente al pagamento dell'aiuto direttamente all'Organismo Collettivo di Difesa;
- di essere nel pieno e libero esercizio dei propri diritti, di non trovarsi in stato di scioglimento e liquidazione per insolvenza o cessazione dell'attività;
- che quanto riportato nel quadro D, relativamente all'"IMPORTO GIA' RESTITUITO DAI SOCI AL CONSORZIO", corrisponde all'effettivo importo versato dai soci di cui al quadro C al Consorzio a titolo di rimborso delle somme da questo anticipate alla Compagnia Assicuratrice per il pagamento delle relative polizze;
- 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 8 e all'art. 76 comma 8 del D.Lgs. n. 159/2011 e ss.mm.ii.;

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 acconto e che disciplinano il settore dell'Assicurazione Agricola Agevolata;
- 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;
- le quantità assicurate sono individuate nelle polizze agevolate collettive di cui al Quadro C e relativi certificati;
- di disporre e poter esibire, se richiesto in sede di controllo, idonea documentazione comprovante:
 - l'autorizzazione del socio aderente al pagamento dell'aiuto direttamente all'Organismo Collettivo di Difesa;
 - gli importi versati dai soci al Consorzio a titolo di rimborso delle somme da questo anticipate alla Compagnia Assicuratrice per il pagamento delle polizze;
 - eventuali contributi erogati da altri Enti pubblici.
- di essere a conoscenza che i dati sensibili conferiti, potranno essere comunicati, per lo svolgimento delle rispettive funzioni istituzionali, agli organi ispettivi pubblici, unionali, nazionali e regionali, nonché pubblicati in ottemperanza agli obblighi di trasparenza stabiliti dalla vigente normativa;
- di essere consapevole che l'omessa indicazione dei codici IBAN (e, in caso di transazioni internazionali, del codice BIC) determina l'impossibilità per l'Organismo Pagatore AGEA di adempiere all'obbligazione di pagamento;
- che il codice IBAN indicato nel Quadro A identifica il rapporto corrispondente con il proprio Istituto di Credito e di essere consapevole che l'ordine di pagamento da parte dell' Organismo Pagatore AGEA si ritiene eseguito correttamente per quanto riguarda il beneficiario indicato dal codice IBAN;
- di essere consapevole che l'Autorità competente e l'OP Agea avrà accesso, in ogni momento e senza restrizioni, a tutta la documentazione che riterrà necessaria ai fini dell'istruttoria e dei controlli a pena di esclusione/revoca dell'aiuto;
- di essere consapevole che:
 - le somme dovute ai singoli agricoltori aderenti all'OCD a chiusura delle istruttorie delle domande di aiuto saranno compensate con gli importi versati a titolo del decreto 0107542 del 07/03/2022;
 - che l'Organismo collettivo di difesa è tenuto alla restituzione all'Organismo pagatore AGEA della eventuale differenza risultante tra i predetti importi;
 - che gli importi da restituire potranno essere compensati anche con somme dovute per annualità diverse da quella oggetto dell'acconto;
 - che i documenti necessari alla richiesta della certificazione antimafia, qualora prevista sulla base dell'importo del contributo richiesto, sono stati messi a disposizione dell'Amministrazione nel proprio Fascicolo aziendale.

Si impegna inoltre :

- a restituire all'Organismo pagatore AGEA le differenze negative tra gli aiuti concessi ai singoli agricoltori beneficiari aderenti all'Organismo collettivo di difesa e l'importo erogato ai sensi del decreto D.M. n. 0107542 del 07/03/2022

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

Autorizza:

- sin d'ora l'Organismo Pagatore AGEA ad effettuare il recupero delle somme percepite in eccesso mediante compensazione a valere su altri pagamenti spettanti al sottoscritto.

Autorizza, inoltre :

- il trattamento dei dati conferiti per le finalità e gli obblighi previsti dalla normativa di settore incluso l'accesso alle informazioni da parte delle Compagnie Assicuratrici, dei broker Assicurativi e/o dei Produttori associati;
- 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 finalità istituzionali contenute nell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Dlgs. 196/2003;
- altresì, la comunicazione ai soggetti elencati nella Informativa ed il trasferimento agli altri soggetti titolari e responsabili del trattamento.

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 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 DIGITALEESTREMI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO: Tipo documento: _____ N° _____ Data _____
(di cui si richiede fotocopia in allegato alla domanda)**IN FEDE**

Firma del richiedente o del rappresentante legale

CAA:

UFFICIO:

OPERATORE :

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO DEL CAA ATTESTA CHE:

- 1) Il Rappresentante Legale dell'OCD si è presentato presso questo ufficio ed è stato identificato;
- 2) Il Rappresentante Legale dell'OCD ha firmato la domanda di acconto;

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 Resposabile di Sede
