



# PO FEAMP

ITALIA 2014/2020

**MODELLO ATTUATIVO  
DELL'AUTORITÀ DI GESTIONE**

**ALLEGATO N**

**SCHEMA DOMANDA DI PAGAMENTO PER  
ANTICIPAZIONE**

<b>PROTOCOLLO:</b>	<b>DOMANDA DI ANTICIPAZIONE – PO-FEAMP 2014/2020</b> REGG. (UE) 1303/2013 e 508/2014
<b>AUTORITÀ DI GESTIONE</b> <b>REGIONE LIGURIA</b>	MISURA: _____ SOTTOMISURA: _____ ESTREMI AVVISO PUBBLICO: _____ del _____
CODICE ALFANUMERICO UNIVOCO DI PROGETTO : ____ / ____ / ____	

**TIPOLOGIA DELLA DOMANDA DI SOSTEGNO INIZIALE**

Individuale     Codice FLAG    Trasmessa il     Prot.

**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 _____	

**COORDINATE PER IL PAGAMENTO**

**SWIFT (o BIC) – COORDINATE BANCARIE / IBAN – COORDINATE BANCARIE**

Cod. Paese	Cod. Contr. Intern.	Cod. Contr. Naz.	ABI	CAB	n. Conto corrente
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Istituto <input type="text"/>					

**ADESIONE ALLE MISURE DEL REG. (UE) 508/2014**

Priorità	Obiettivo Tematico	Misura/Sottomisura	Importo richiesto
<input type="text"/>	OT	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>

MISURE PER LE QUALI SI RICHIEDE IL CONTRIBUTO	DOMANDA DI SOSTEGNO		ANTICIPO RICHiesto
	SPESA TOTALE AMMESSA	CONTRIBUTO AMMESSO	
<b>TOTALE (€)</b>			

**SOTTOSCRIZIONE DELL'ISTANZA**

**LUOGO E DATA DI SOTTOSCRIZIONE**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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.

IN FEDE \_\_\_\_\_

Firma del beneficiario o del rappresentante legale