



PO FEAMP

ITALIA 2014/2020

**MODELLO ATTUATIVO
DELL'AUTORITÀ DI GESTIONE**

ALLEGATO N

**SCHEMA DOMANDA DI PAGAMENTO PER
ANTICIPAZIONE**

PROTOCOLLO:	DOMANDA DI ANTICIPAZIONE – PO-FEAMP 2014/2020 REGG. (UE) 1303/2013 e 508/2014
AUTORITÀ DI GESTIONE REGIONE LIGURIA	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	
TOTALE (€)			

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