



UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA  
ITALIANA

**ALLEGATO 12**

**SCHEMA DOMANDA DI PAGAMENTO PER ACCONTO/SALDO**

**DOMANDA ACCONTO/SALDO – PO-FEAMP 2014/2020 - REG. (UE) 1303/2013 e 508/2014**

**AZIONE: 4.1 – MISURE A FAVORE DELLA COMMERCIALIZZAZIONE**

---

ESTREMI AVVISO PUBBLICO: \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

NUM DI PROTOCOLLO ASSEGNATO \_\_\_\_\_

DOMANDA DI SOSTEGNO DI RIFERIMENTO \_\_\_\_\_

**DATI IDENTIFICATIVI DEL BENEFICIARIO**

---

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ PARTITA IVA \_\_\_\_\_

INTESTAZIONE DELLA PARTITA IVA \_\_\_\_\_

COD. ISCRIZIONE CAMERA DI COMMERCIO \_\_\_\_\_

COD. ISCRIZIONE INPS \_\_\_\_\_

COGNOME O RAGIONE SOCIALE \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ SESSO \_\_\_\_\_

COMUNE DI NASCITA \_\_\_\_\_ ( \_ \_)

**RESIDENZA O SEDE LEGALE**

---

INDIRIZZO E N.CIV \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) \_\_\_\_\_

## CODICE FISCALE:

COGNOME O RAGIONE SOCIALE

NOME \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SESSO \_\_\_\_\_

COMUNE DI NASCITA \_\_\_\_\_ ( \_ )

INDIRIZZO E N.CIV

TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

COMUNE	PROV.	CAP
--------	-------	-----

Cod. Paese	Cod. Contr. Intern.	Cod. Contr. Naz.	ABI	CAB	n. Conto corrente

ISTITUTO:

## ACCONTO n. \_\_\_\_\_

## SALDO FINALE

[illegible]

N. Domanda	Misura	Tipologia Domanda di Pagamento	Progressiv o Pagamento	Dati domanda di pagamento	
				Contributo Richiesto (€)	Contributo Percepito (€)
TOTALE (EURO)					

**RICHIESTA PAGAMENTO PER INTERVENTO**

**LOCALIZZAZIONE DELL'INTERVENTO** (SOLO SE DIVERSO DA DOMICILIO O SEDE LEGALE)

[Indirizzo e n. civ.]

[Comune]

[Prov.]

[CAP]

[Tel.]

**DETTAGLI DEL PAGAMENTO RICHIESTO**

MISURA										
Cod. Misura	Cod. Operazione	Cod. Intervento e Descrizione	DATI ATTO DI CONCESSIONE				DATI DOMANDA DI PAGAMENTO			
			Unità di misura	Q.tà	Spesa Tot. Ammessa (€)	Contributo Tot. Ammesso (€)	Unità di misura	Q.tà	Spesa Tot. Ammessa (€)	Contributo Tot. Ammesso (€)

SOTTOMISURA				
Cod. Misu	Cod. Operaz	Cod. Interven	DATI ATTO DI CONCESSIONE	DATI DOMANDA DI PAGAMENTO

ra	ione	to e Descrizi one	Unità di misur a	Q.t à	Spesa Tot. Ammes sa (€)	Contribut o Tot. Ammesso (€)	Unità di misur a	Q.t à	Spesa Tot. Ammes sa (€)	Contribut o Tot. Ammesso (€)
<b>TOTALE (€)</b>					-	-			-	-

## DICHIARAZIONI ED ELENCO DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA

Il sottoscritto, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsa dichiarazione, ai sensi dell'articolo 76 del D.P.R. n. 445/00

### DICHIARA

- che le opere, forniture, acquisti e servizi sono stati effettuati entro il termine prescritto e sono conformi a quanto ammissibile;
- il pagamento richiesto è supportato dai dovuti documenti, amministrativi e tecnici, probanti;
- di essere a conoscenza dell'impegno di mantenimento della destinazione d'uso del bene (ove pertinente);
- di essere a conoscenza dell'impegno di garantire la conservazione per 5 anni dei titoli di spesa originali utilizzati per la rendicontazione delle spese sostenute, con decorrenza dalla data di richiesta del saldo finale;
- che le spese effettuate per l'operazione, giustificate dai documenti allegati, sono conformi all'operazione completata per la quale è stata presentata ed accolta la domanda di sostegno;
- di aver depositato presso il competente Ufficio istruttore regionale/provincia autonoma i seguenti documenti giustificativi, Documenti Giustificativi:

	Elenco giustificativi di spesa	N.			Originali dei giustificativi di spesa	N.	
	Giustificativo pagamento (bonifico, mandato, ecc.)	N.			Altro: _____	N.	
	Altro: _____	N.			Altro: _____	N.	

## SOTTOSCRIZIONE DELLA DOMANDA

### LUOGO E DATA SOTTOSCRIZIONE

\_\_\_\_\_ li \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

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.

### ESTREMI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO

**(di cui si richiede fotocopia da allegare alla domanda)**

TIPO DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

NUMERO DOCUMENTO: \_\_\_\_\_

RILASCIATO DA: \_\_\_\_\_ IL \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

DATA DI SCADENZA \_\_\_\_\_

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

(Firma del beneficiario o del rappresentante legale)

ALLEGATO ALLA DOMANDA DI PAGAMENTO ELENCO GIUSTIFICATIVI DI SPESA						
N.	Giustificativo quietanzato di spesa (n.)	Data	Fornitore	Imponibile (€)	IVA (€)	Totale (€)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
...						
Totale (€)						

Elenco degli allegati tecnici	
N. progr.	Descrizione documento

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
...	