REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
ASSESSORADU DE S'AGRICOLTURA E RIFORMA AGRO-PASTORALE
ASSESSORATO DELL'AGRICOLTURA E RIFORMA AGRO-PASTORALE
Servizio competitività delle aziende agricole

ALLEGATO B

Determinazione n.8012/276
del 31/05/2018
Modulo domanda d'aiuto (blue tongue)

Al Comune di _____

_____

_____

OGGETTO: **Legge regionale 27 settembre 2017, n. 22, art. 1, comma 16 - Direttive di attuazione approvate con la deliberazione della Giunta Regionale n.14/7 del 20 marzo 2018, "Aiuti in favore delle aziende agricole per fronteggiare i danni causati nel 2017 dalla diffusione della febbre catarrale degli ovini (*blue tongue*).**

Il/La sottoscritto/a _____,

nato/a a _____, il _____, codice fiscale _____,

indirizzo email _____, in qualità di:

☐ titolare ☐ rappresentante legale ☐ detentore dell'allevamento

dell'Impresa con CUAA_____, partita iva _____,

denominazione _____, con sede a _____,

indirizzo _____, numero di telefono _____,

posta elettronica certificata dell'impresa _____,

CHIEDE

il riconoscimento dell'aiuto destinato con la deliberazione della Giunta Regionale n.14/7 del 20/03/2018 alle PMI del comparto ovino e caprino dichiarate sede di focolaio di febbre catarrale degli ovini (blue tongue) nel 2017 e, per la stessa ondata epidemica, non oltre il 28 febbraio 2018. A tal fine, preso atto dei valori attestati dalla competente ASSL dell'ATS Sardegna, disponibili presso la sede del Comune in indirizzo,

DICHIARA

ai sensi degli articoli 46 e/o 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, nella consapevolezza delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazione mendace, di essere in possesso dei requisiti di cui alle direttive di attuazione allegate alla DGR n. 14/7 del 20 marzo 2018 ed in particolare

- che per i sotto indicati capi dell'azienda con codice ASL n. _____ non è stata presentata domanda di aiuto da parte di altro soggetto;
- che i capi presenti alla data del __/__/____ (1) ed i capi morti in conseguenze della *"blue tongue"* sono i seguenti: *(barrare e compilare le caselle d'interesse; da NON compilare se si presenta istanza di riesame)*
  - ☐ n._____ (_____) capi **ovini presenti**;
  - ☐ n._____ (_____) capi **caprini presenti**;
  - ☐ n._____ (_____) capi **ovini morti**;
  - ☐ n._____ (_____) capi **caprini morti**;
- che il richiedente è imprenditore agricolo di cui all'articolo 2135 del Codice Civile;
- che l'impresa era iscritta al registro delle imprese agricole della Camera di Commercio di _____ alla data dell'evento e lo è alla data di presentazione della presente istanza, con numero REA _____;
- che l'impresa è attiva nella produzione agricola primaria come piccola e media impresa (PMI);
- che l'impresa ha applicato tutte le misure per impedire la diffusione della malattia e, in particolare, ha atteso agli obblighi di vaccinazione laddove disposti dalla normativa regionale per tutti i capi presenti, fatte salve le esclusioni e limitazioni eventualmente disposte nell'allevamento dall'Autorità sanitaria;

(1) data di apertura del focolaio

- che l'impresa NON rientra tra le imprese in difficoltà, come definite all'articolo 2, paragrafo 14, del regolamento (UE) n. 702/2014;
- che l'impresa NON è destinataria di un ordine di recupero di un aiuto illegittimo e incompatibile con il mercato interno, ovvero ha ottemperato all'obbligo della sua restituzione;
- che tutti gli animali dell'azienda sono detenuti nel rispetto degli obblighi di identificazione e registrazione di cui al regolamento (CE) n. 21/2004 del Consiglio del 17 dicembre 2003;
- che l'impresa NON ha ricevuto altri pagamenti o rimborsi per gli stessi costi ammissibili nell'ambito di altre misure, nazionali o dell'Unione europea, od in virtù di polizze assicurative, ovvero ha o dovrà percepire euro _____ a titolo di _____ in esito alla seguente norma:_____o polizza assicurativa n._____, società assicuratrice _____ di _____;

dichiara, inoltre:

- che le coordinate del conto sul quale accreditare l'aiuto sono:

  IBAN: _____;

- che il contributo è da considerarsi come segue:
  - ❑ da ASSOGGETTARE alla ritenuta in quanto il contributo è concesso a impresa agricola che svolge in modo esclusivo o principale attività commerciale ai sensi dell'art. 55 del D.P.R.n. 917/86;
    (imprese agricole costituite sotto forma di società di capitale e società di persone, in quanto i redditi da queste imprese prodotti sono considerati redditi di impresa in forza del combinato disposto dell'art. 6, c. 3 e dell'art. 55, c. 2 lett. C), T.U. delle imposte sui redditi approvato con D.P.R. n. 917/86; e ogni qualvolta i redditi derivanti da attività agricola, superino i limiti fissati dall'art. 32 del detto T.U. e , quindi, il c.d. "reddito agrario" o "catastale");
  - ❑ da NON ASSOGGETTARE alla ritenuta in quanto l'impresa agricola non svolge attività commerciale *(imprenditore agricolo ai sensi dell'art. 2135 del C.C., così come sostituito dall'art. 1, comma 1, D.lgs. 18 maggio 2001, n. 228 e l'impresa agricola costituita in forma di società semplice, che esercitino l'attività agricola nei limiti dell'art. 32 del TUIR);*

Normativa sulla privacy - Regolamento (UE) 2016/679 - "Regolamento generale sulla protezione dei dati": l'informativa è resa dalla Regione Sardegna – Assessorato dell'agricoltura e riforma agro-pastorale – Servizio competitività delle aziende agricole, tramite la pubblicazione del documento sul BURAS e sul sito istituzionale della Regione all'indirizzo http://www.regione.sardegna.it/servizi/imprese/bandi/.

allega:

- ❑ fotocopia fronte-retro di un documento di identità in corso di validità;
- ❑ n°__ dichiarazioni dei proprietari di assenso alla presentazione della domanda di sostegno e pagamento (essendo detentore di ___allevamenti di cui non è proprietario);
- ❑ (altro) _____.

Il sottoscritto si impegna a presentare l'ulteriore documentazione che gli venisse eventualmente richiesta da parte del responsabile del procedimento.

_____, data _____ Firma _____

****

SPAZIO RISERVATO AL COMUNE

Domanda consegnata a mano il _____ alle ore _____ da _____ identificato mediante

(documento d'identità) _____ numero _____, rilasciato da _____ valido fino al _____.

Nominativo del ricevente _____ Firma del ricevente _____