*[Carta intestata del beneficiario]*

Agenzia per la Coesione Territoriale

Area Programmi e Procedure

Ufficio 1

*pec****: area.programmi.uf1@pec.agenziacoesione.gov.it***

*mail:* ***area.programmi.uf1@agenziacoesione.gov.it***

**Oggetto: Programmazione 2014/20 – Obiettivo CTE. Richiesta di erogazione della quota nazionale di cofinanziamento relativa al progetto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cofinanziato nell’ambito del Programma di Cooperazione transfrontaliera Italia - Francia ‘Alcotra’ 2014/20.**

Lo scrivente Partner italiano chiede con la presente il versamento della quota a carico del Fondo di Rotazione di propria competenza come di seguito specificato.

|  |  |
| --- | --- |
| CCI | 2014TC16RFCB034 |
| Asse |  |
| CUP |  |
| Progetto |  |
| Acronimo |  |
| Denominazione Partner |  |
| Cod. Fisc. / P. IVA |  |
| Ruolo (1) | Capofila / Partner |
| Rappresentante Legale |  |
| Data inizio progetto | gg/mm/aaaa |
| Data fine progetto | gg/mm/aaaa |
| Rimborso in acconto/anticipazione (2) |  |
| Data rendicontazione (3) | gg/mm/aaaa |
| Spesa certificata (3) |  |
| FESR ricevuto |  |
| Contropartita nazionale richiesta (4) |  |

1. *Cancellare il ruolo che non rileva*
2. *Non compilare se non rileva*
3. *Compilare se (2) non rileva - Rendicontazione da parte del partner successiva al controllo di primo livello*
4. *L’importo è riferito alla richiesta di cui all’oggetto*

Si dichiara che:

* il controllo di primo livello è stato effettuato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* il costo del controllo di primo livello ammonta complessivamente a euro 0,00;
* la validazione delle spese oggetto della presente richiesta da parte del controllore di primo livello è avvenuta entro i termini previsti dal Programma \_\_\_\_ (SI) \_\_\_\_ (NO);
* la validazione delle spese oggetto della presente richiesta da parte del controllore di primo livello è avvenuta in loco \_\_\_\_ (SI) \_\_\_\_ (NO).

Si allegano:

1. documento attestante la notifica del pagamento della quota FESR relativa alla richiesta in oggetto;
2. contabile bancaria o documento avente valore probatorio equivalente attestante l’avvenuto accreditamento dei Fondi FESR per la richiesta in oggetto;
3. “break down by partner”, ovvero il dettaglio della certificazione per partner;
4. documento attestante il cambio di rappresentante legale, se intervenuto in corso di attuazione del progetto.

L’erogazione della quota nazionale richiesta dovrà essere effettuata a favore di:

|  |  |
| --- | --- |
| Partner italiano |  |
| Conto di Tesoreria / contabilità speciale (1) |  |
| Banca |  |
| IBAN |  |
| Swift |  |

1. *Conto di tesoreria/contabilità speciale obbligatorio per “ENTI soggetti a tesoreria unica”*

Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il rappresentante legale del beneficiario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(firma)