

2. Description du projet

► Personnel affecté à l'opération

| NOM | Prénom | Diplôme le plus élevé | Expérience et formation | |
|-----|--------|-----------------------|-------------------------|---|
| | | | Nb années d'expérience | Formations suivies (thème, nb jours et année) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Date prévisionnelle de début du projet : |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|

Date prévisionnelle de fin du projet : |_|_|_| / |_|_|_| / |_|_|_|_|_|_|

► Montant du projet

Budget total :

Montant de l'aide sollicitée :

COMPTE DE RÉALISATION PRÉVISIONNEL

ACTIONS D'INFORMATION ET D'ANIMATION AUPRÈS DES AGRICULTEURS

Régime exempté n° SA 108940 relatif aux aides à l'échange de connaissance et aux actions d'information dans le secteur agricole pour la période 2023-2029

1. DÉPENSES DE PERSONNEL ET COÛTS INDIRECTS FORFAITAIRES :

| Description de l'intervention | Structure (demandeur, partenaire) | Prénom – Nom de l'intervenant | Nombre de jours | Coût journalier | Sous-total |
|--|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------|------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Nombre total de jours : | | | | Total 1 : | |
| Demandez-vous à ce que soient financés forfaitairement vos coûts indirects dans la limite de 15 % des dépenses directes de personnel ? | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, indiquez le montant (= 0,15 x Total 1) des coûts indirects forfaitaires = Total 2 : | | | | | |

2. REMBOURSEMENT DE FRAIS DE PERSONNEL MIS A DISPOSITION DU BENEFICIAIRE DE L'AIDE

| Description de l'intervention | Structure (demandeur/partenaire) | Prénom - -Nom de l'intervenant | Nombre de jours | Coûts journalier | Sous-Total |
|-------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------|------------------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| Nombre total de jours | | | | Total 3 | |

3. AUTRES FRAIS (location de salle, de matériel, acquisition de petits matériels et fournitures, dépenses diverses...) :

| Structure (demandeur, partenaire) | Nature des autres frais (à préciser) | Sous-total |
|--|--------------------------------------|------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| Total 4 : | | |
| TOTAL VOLET 1 = Total 1 + Total 2 + Total 3 + Total 4 | | |

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'APPUI DE VOTRE DEMANDE

| Pièces | Type de demandeur concerné / type de projet concerné | Pièce jointe | Pièce déjà fournie au guichet unique | Sans objet |
|--|---|--------------|--------------------------------------|------------|
| Justificatif d'adresse du demandeur | Tous | | | |
| Copie de la carte nationale d'identité ou passeport en cours de validité | Si le demandeur est une entreprise individuelle | | | |
| Pièces relatives au demandeur | | | | |
| Exemplaire original du présent formulaire de demande d'aide complété, daté et signé, et de son annexe | Tous | | | |
| Preuve de la représentation légale ou du pouvoir pour un porteur de projet agissant en qualité de représentant légal ou en vertu d'un pouvoir qui lui est donné (selon le cas : mandat, procuration, pouvoir...) | Si le demandeur est une forme sociétaire | | | |
| Délibération de l'organe compétent approuvant le projet et le plan de financement | Si le demandeur est une personne publique ou assimilée, une association ou une personne morale selon l'exigence des statuts | | | |
| Relevé d'identité bancaire avec IBAN (ou copie lisible) | Tous | | | |
| Avis de situation INSEE (disponible à https://avis-situation-sirene.insee.fr) | Tous | | | |
| K-bis de moins de 3 mois | Si le demandeur est une forme sociétaire | | | |
| Exemplaire des statuts | Si le demandeur est une personne morale | | | |
| Copie du récépissé de déclaration en Préfecture ou publication au JORF (association) | Si le demandeur est une association | | | |
| Attestation de non assujettissement à la TVA | Si le demandeur n'est pas assujetti | | | |
| Les documents justifiant du financement ou de la demande de financement à d'autres organismes - Copie des demandes déposées auprès d'autres financeurs publics pour les actions financées pour cet appel à projets - Copie des accords de financements ou décisions de subventions obtenues pour les actions financées pour cet appel à projets. | Tous | | | |
| La note de cadrage présentant les modalités d'animation | Tous | | | |
| Annexe : la/les MAEC à ouvrir + le(s) cahier(s) des charges des diagnostic(s) + les listes utiles + les objectifs de contractualisation + les indicateurs spécifiques,... | Tous | | | |
| Pièces justificatives des dépenses prévisionnelles | Tous | | | |

NB : Le service instructeur pourra demander des pièces complémentaires qu'il juge nécessaires à l'instruction du dossier en fonction de la nature de l'opération et des dépenses présentées.

Je soussigné (nom et prénom du représentant légal) : -----

- certifie avoir pouvoir pour représenter le demandeur dans le cadre de la présente formalité ;
- certifie l'exactitude de l'ensemble des informations fournies dans le présent formulaire et les pièces jointes.

Je demande (nous demandons) à bénéficier des aides État « Animation MAEC 2023-2027».

Je déclare (nous déclarons) et atteste (attestons) sur l'honneur :

- ne pas avoir sollicité une aide autre que celles indiquées sur ma (notre) demande sur le même projet et les mêmes investissements ;
- avoir pris connaissance des points de contrôle spécifiques à ce dispositif d'aide ;
- que les dépenses pour lesquelles la subvention est sollicitée n'ont pas été effectuées avant la date de dépôt de la présente demande ;
- l'exactitude des renseignements fournis dans le présent formulaire et les pièces jointes ;
- ne pas faire l'objet d'une procédure liée à des difficultés économiques.

Je m'engage (nous nous engageons), sous réserve de l'attribution de l'aide, à :

- informer le service instructeur de toute modification de ma (notre) situation, de la raison sociale de ma (notre) structure, de mon (notre) projet ;
- permettre / faciliter l'accès à mon (notre) entreprise aux autorités compétentes chargées des contrôles pour l'ensemble des paiements que je sollicite (nous sollicitons) pendant au minimum 5 ans à compter du paiement final de l'aide ;
- ne pas solliciter à l'avenir, pour ce projet, d'autres crédits (nationaux ou européens), en plus de ceux mentionnés dans le tableau « financement du projet », sans en informer le service instructeur ;
- me (nous) soumettre à l'ensemble des contrôles administratifs et sur place prévus par la réglementation ;
- détenir, conserver, fournir tout document permettant de vérifier la réalisation effective de l'opération, demandé par l'autorité compétente pendant 10 années à compter du paiement final de l'aide : factures et relevés de compte bancaire pour des dépenses matérielles, et tableau de suivi du temps de travail pour les dépenses immatérielles ... ;
- informer le public du soutien octroyé par le Ministère de l'Agriculture .

Je suis informé(e), nous sommes informé(e)s :

- Qu'en cas d'irrégularité ou si je ne respecte pas (nous ne respectons pas) mes (nos) engagements, je devrais (nous devrons) rembourser les sommes perçues, majorées d'intérêts de retard et éventuellement de pénalités financières. Je pourrais (nous pourrions) également être poursuivi(s) et sanctionné(s) sur la base des textes en vigueur.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique à ce formulaire. La fourniture des données qu'il contient est obligatoire. Conformément à la loi n°78-17, je bénéficie (nous bénéficions) d'un droit d'accès et de rectification aux informations à caractère personnel me (nous) concernant, en m'adressant (nous adressant) au service auquel j'adresse (nous adressons) ce formulaire.

Fait le

Signature

Nom et prénom du représentant légal en cas de forme sociétaire, cachet

Annexe :

LISTE DES PARTENAIRES POUR LA RÉALISATION DE CERTAINES ACTIONS

PARTENAIRE 1 :

N° SIRET :

Dénomination / raison sociale :

Adresse de l'établissement :

Code postal : Commune :

Action(s) confiées au partenaire :

Personnes à contacter pour le suivi du projet :

Nom et prénom :

Téléphone : Fixe : Mobile :

Courriel : @

PARTENAIRE 2 :

N° SIRET :

Dénomination / raison sociale :

Adresse de l'établissement :

Code postal : Commune :

Action(s) confiées au partenaire :

Personnes à contacter pour le suivi du projet :

Nom et prénom :

Téléphone : Fixe : Mobile :

Courriel : @

PARTENAIRE 3 :

N° SIRET :

Dénomination / raison sociale :

Adresse de l'établissement :

Code postal : Commune :

Action(s) confiées au partenaire :

Personnes à contacter pour le suivi du projet :

Nom et prénom :

Téléphone : Fixe : Mobile :

Courriel : @