



CUAA

NUMERO DOMANDA

**QUADRO B.1 - Sostegno alle imprese delle Regione Sicilia colpite da siccità per le coltivazioni a cereali e leguminose da granella ai sensi dell'art. 3 comma 8 ter del DL 15 maggio 2024 n.63 convertito il L. 101 del 12 luglio 2024 e Deliberazione n. 291 del 29 agosto 2024 della Regione SICILIA - Importo richiesto**

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsa dichiarazione, ai sensi dell'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 ed ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n° 445/2000 relativamente alla domanda siccità 2024 presentata presso la regione competente:

-

Ultima Scheda di Validazione Grafica Anno 2024 al 01/09/2024 n. XXXXXXXXX del gg/mm/aaaa

N.	Comune di Riferimento	Superficie ammessa al sostegno riportata nella scheda di validazione grafica per l'anno 2024 al 01/09/2024 espressa in ettari, are, centiare (a)	Importo unitario per ettaro (b)	Importo individuale richiesto (€) (c = a * b)	% di danno applicata (d)	Importo individuale calcolato (€) (e = c * d)
1	G253-PALAGONIA	100,00	132,45 €	13.245,00 €	100,00%	13.245,00 €
2	I754-SIRACUSA	5,00	133,45 €	667,25 €	50,00%	333,63 €

**QUADRO B.2 - Calcolo del Sostegno alle imprese delle Regione Sicilia colpite da siccità per le coltivazioni a cereali e leguminose da granella ai sensi dell'art. 3 comma 8 ter del DL 15 maggio 2024 n.63 convertito il L. 101 del 12 luglio 2024 e Deliberazione n. 291 del 29 agosto 2024 della Regione SICILIA**

Totale Importo Individuale		Totale Sostegno Importo Individuale	
<input type="radio"/>	Importo Quadro B.1 _____ € (totale colonna c)		_____ € (totale colonna e)



**QUADRO M - ELENCO DI CONTROLLO DELLA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA ALLA DOMANDA ED ATTESTAZIONE DEL CAA**

CUAA

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE

NUMERO DOMANDA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CAA:**

**UFFICIO:**

**OPERATORE :**

**ATTESTAZIONI A CURA DELL'UFFICIO:**

- 1) Il produttore si è presentato presso questo ufficio ed è stato identificato;
- 2) il produttore ha firmato la domanda;
- 3) la domanda ed i relativi allegati sono stati archiviati presso questo ufficio.

Data: \_\_\_\_\_

[nome + cognome]

Firma dell'operatore di SEDE del CAA che  
ha curato la compilazione e la stampa della

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto, in qualità di responsabile di SEDE (o di responsabile di livello superiore) del CAA  
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx - xxxxx - xxx, dichiara che le attività sopra descritte sono state eseguite nel  
rispetto delle disposizioni impartite dall'Organismo pagatore [op]

Timbro e Firma del responsabile di SEDE

[nome + cog in qualità di

\_\_\_\_\_