|  |
| --- |
|  |

**demande de paiement au titre du programme pour l’accompagnement de l'installation et de la transmission en agriculture (aita)**

**candidats à l'installation**

**Régime-cadre exempté de notification SA.****108940 relatif aux aides à l'échange de connaissances et aux actions d'information dans le secteur agricole pour la période 2023-2029**

**Régime-cadre exempté de notification SA.109081 relatif aux aides aux services de conseil dans le secteur agricole pour la période 2023-2029**

**Instruction technique DGPE/SDC/2018-613 du 14/08/2018 relative à la gestion et à la mise en œuvre du programme pour l'accompagnement de l'installation et de la transmission en agriculture**

**et l’instruction DGPE/SDC/2023-44 du 17/01/2023 la modifiant**

*Veuillez transmettre votre demande à la direction départementale des territoires et la mer (DDT/M)*

*du siège de votre exploitation ou de votre projet d'installation.*

**Cadre Réservé à l'Administration**

N° OSIRIS : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  ; DATE DE RÉCEPTION : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

**Identification et coordonnées du demandeur**

N° SIRET : |\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| N° PACAGE : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Attribué par l’INSEE lors d’une inscription au répertoire national des entreprises Concerne uniquement les agriculteurs (facultatif)

**Demandeur individuel**

NOM : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ; Prénom (s) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Commune : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Demandeur en société**

Raison sociale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse du siège de l'exploitation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Commune :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COORDONNÉES bancaires du DEMANDEUR**

 Vous avez un compte bancaire unique ou plusieurs comptes bancaires pour le versement des aides. La DDT(M) connaît ce(s) compte(s) et en possède le(s) RIB-IBAN. Veuillez donner ci-après les coordonnées du compte choisi pour le versement de cette aide, ou bien joindre un RIB-IBAN :

|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|

*IBAN - Identifiant international de compte bancaire*

 Vous avez choisi un nouveau compte bancaire : veuillez joindre obligatoirement un RIB-IBAN.

**Caractéristiques de la demande de paiement**

c **Prise en charge du diagnostic d'exploitation à reprendre :**

Date de réalisation du diagnostic : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Structure ayant réalisé le diagnostic :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nature et dénomination du diagnostic :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Montant total du diagnostic *(montant HT)* : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (€) Montant de l'aide sollicitée : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (€)

Nom et adresse du cédant dont l'exploitation a fait l’objet du diagnostic :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Caractéristiques de la demande de paiement (suite)**

c **Bourse de stage en exploitation agricole :**

Type de stage (cochez la case correspondante): c Stage d'observation c Stage de mise en situation

Date de réalisation du stage : du |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| au |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Durée du stage : |\_\_|\_\_|mois |\_\_|\_\_| semaines |\_\_|\_\_| jours

Identification du maître de stage :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Nom/Prénom/ Adresse)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

c **Indemnités de stage de parrainage :**

Type de parrainage (cochez la case correspondante) :

c Accompagnement pour une installation à titre individuel

c Accompagnement pour une installation en société en remplacement d'un associé-exploitant

c Accompagnement pour une installation en société avec ajout d'un associé-exploitant supplémentaire

c Renouvellement de stage de parrainage

Date de réalisation du stage : du |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| au |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Durée du stage : |\_\_|\_\_|mois |\_\_|\_\_| semaines |\_\_|\_\_| jours

Identification du maître de stage :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Nom/Prénom)*

**Formulation de la demande de paiement et signature**

Je soussigné (e),

Nom, Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sollicite la mise en paiement (cochez la case correspondante) :

 de la prise en charge du diagnostic de l'exploitation à reprendre,

 de la bourse de stage en exploitation agricole,

 des indemnités de stage de parrainage.

**Fait le** |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| ***Signature :***

**Mentions légales**

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. La loi vous donne droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, en vous adressant au service auquel vous adressez ce formulaire.

**Pièces à fournir**

| **Pièces** | **Type de demandeur concerné** | **Pièce jointe** | **Pièce déjà fournie** |
| --- | --- | --- | --- |
| La demande de paiement complétée et signée | Tous |  |  |
| Mandat complété et signé pour le versement à la structure ayant réalisé le diagnostic d'exploitation à reprendre | Bénéficiaire du diagnostic d'exploitation à reprendre |  |  |
| Copie de la facture acquittée adressée la structure ayant réalisée lle diagnostic d'exploitation à reprendre | Bénéficiaire du diagnostic d'exploitation à reprendre |  |  |
| Copie du diagnostic d'exploitation | Bénéficiaire du diagnostic d'exploitation à reprendre |  |  |
| États de présence du stagiaire | Bénéficiaire de la bourse de stage en exploitation agricole et indemnités de stage de parrainage |  |  |