MINISTÈRE
DE L'AGRICULTURE
ET DE LA SOUVERAINETÉ
ALIMENTAIRE
Liberté
Égalité
Fraternité

DEMANDE DE PAIEMENT AU TITRE DU PROGRAMME POUR L'ACCOMPAGNEMENT DE L'INSTALLATION ET DE LA TRANSMISSION EN AGRICULTURE (AITA)
CÉDANT

RÉGIME-CADRE EXEMPTÉ DE NOTIFICATION N° 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 LES INSTRUCTIONS TECHNIQUES DGPE/SDC/2023-44 DU 17/01/2023 ET DGPE/SDC/2024-347 DU 24/06/2024 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 : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

(Un numéro Osiris par type d'aide sollicitée)

IDENTIFICATION ET COORDONNÉES DU DEMANDEUR

N° SIRET : |__|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Attribué par l'INSEE lors d'une inscription au répertoire national des entreprises

N° PACAGE : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|
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 DE LA PERSONNE À CONTACTER

Nom: ______________________ ; Prénom : ______________________

☎ : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (Fixe) 📱 : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (Mobile)

Mél : ______________________

COORDONNÉES BANCAIRES DU DEMANDEUR

(ne pas compléter pour les demandes de prise en charge des frais du diagnostic d'exploitation à céder et de la prise en charge du conseil en amont de la transmission)

☐ 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

☐ **Inscription au répertoire départemental à l'installation (RDI)**

Date d'inscription au RDI : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|
N° d'inscription au RDI : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de cessation d'activité du cédant : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|
Date de transmission effective au repreneur: |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|
Date de réalisation du diagnostic d'exploitation à céder : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Montant de l'aide sollicitée : |__|__|__|__| (€)

A. Identification du repreneur :
Nom et prénom : _____

N° SIRET : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| N° PACAGE (facultatif) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Superficie agricole utile prévue à l'installation : |__|__|__|,|__|__|__|__| ha Hors-sol : |__|__|__|__| m² ou nombre de places

B. Contexte de l'installation :

☐ à titre individuel ou ☐ en société / ☐ dans le cadre familial (CF) ☐ hors cadre familial (HCF)

Bénéficiaire des aides à l'installation : ☐ oui ☐ non

Numéro de dossier des aides à l'installation (le cas échéant) : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ **Prise en charge du diagnostic d'exploitation à céder**
Date de réalisation du diagnostic : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Intitulé du diagnostic (le cas échéant) :_____

Nom ou Raison sociale du prestataire de service :_____

N° SIRET prestataire de service : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Montant total du diagnostic *(montant HT)* : |__|__|__|__| (€) Montant aide sollicitée : |__|__|__|__| (€)

Date d'inscription au RDI : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

N° d'inscription au RDI : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de dépôt de la déclaration d'intention de cessation d'activité agricole (DICAA) : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

Date de reconversion professionnelle du cédant (le cas échéant) : |__|__|/|__|__|/|__|__|__|__|

FORMULATION DE LA DEMANDE DE PAIEMENT ET SIGNATURE

Je soussigné (e),
Nom, Prénom _____
sollicite la mise en paiement (cochez la case correspondante) :

☐ de l'aide pour l'inscription au répertoire départemental à l'installation (RDI),

☐ de la prise en charge du diagnostic d'exploitation à céder,

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 céder	Bénéficiaire du diagnostic d'exploitation à céder	☐	☐
Copie de la facture acquittée adressée par la structure ayant réalisée le diagnostic d'exploitation à céder	Bénéficiaire du diagnostic d'exploitation à céder	☐	☐
Copie du rapport du diagnostic d'exploitation à céder	Bénéficiaire du diagnostic d'exploitation à céder	☐	☐
Actes de transfert (baux, cessions de parts sociales)	Bénéficiaire de l'aide à l'inscription au RDI,	☐	☐
Justificatifs de cessation d'activité (attestation MSA, reconversion professionnelle)	Bénéficiaire de l'aide à l'inscription au RDI,	☐	☐
Attestation d'inscription au RDI	Bénéficiaire de l'aide à l'inscription au RDI, prise en charge du diagnostic d'exploitation à céder,	☐	☐
Copie de la DICAA transmise	Bénéficiaire du diagnostic d'exploitation à céder,	☐	☐