

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

REGIME-CADRE EXEMPTÉ DE NOTIFICATION SA.108940 RELATIF AUX AIDES A L'ECHANGE DE CONNAISSANCES ET AUX ACTIONS D'INFORMATION
DANS LE SECTEUR AGRICOLE POUR LA PERIODE 2023-2029

REGIME-CADRE EXEMPTÉ DE NOTIFICATION SA.109081 RELATIF AUX AIDES AUX SERVICES DE CONSEIL DANS LE SECTEUR AGRICOLE POUR LA
PERIODE 2023-2029

INSTRUCTION TECHNIQUE DGPE/SDC/2018-613 DU 14/08/2018 RELATIVE A LA GESTION ET A LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME POUR
L'ACCOMPAGNEMENT DE L'INSTALLATION ET DE LA TRANSMISSION EN AGRICULTURE
ET L'INSTRUCTION TECHNIQUE DGPE/SDC/2025-302 DU 14 MAI 2025 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 RESERVE A L'ADMINISTRATION

N° OSIRIS : _____ ; DATE DE RÉCEPTION : ____/____/____

IDENTIFICATION ET COORDONNEES 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 A CONTACTER

Nom: _____ ; Prénom : _____

 : _____  : _____
Fixe Mobile

Mél : _____

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.

CARACTERISTIQUES DE LA DEMANDE DE PAIEMENT

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 : _____

Bourse de stage en exploitation agricole :

Type de stage (cochez la case correspondante):

Stage d'observation

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)

Indemnités de stage de parrainage :

Type de parrainage (cochez la case correspondante) :

Accompagnement pour une installation à titre individuel

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

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

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 LEGALES

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.

PIECES A FOURNIR

Pièces	Type de demandeur concerné	Pièce jointe	Pièce déjà fournie
La demande de paiement complétée et signée	Tous	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie de la facture acquittée adressée la structure ayant réalisée le diagnostic d'exploitation à reprendre	Bénéficiaire du diagnostic d'exploitation à reprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie du diagnostic d'exploitation	Bénéficiaire du diagnostic d'exploitation à reprendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
États de présence du stagiaire	Bénéficiaire de la bourse de stage en exploitation agricole et indemnités de stage de parrainage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>