



UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA ITALIANA

P.O. FEAMP 2014/2020 – Erogazione a Singoli Beneficiari Rapporto di verifica dell'istruttoria del FLAG			
FLAG _____		Istruttore FLAG _____	
Data:		Verificatori:	
Titolo del Progetto:		Costo del progetto:	
		Contributo:	
Beneficiario:		Priorità:	
N. di Protocollo		Misura Azione	
Codice Progetto in fase di istruttoria		Rapporto istruttorio del FLAG in data	
Avviso pubblico/bando del		Esito istruttorio del FLAG	Costo Ammesso _____ Contributo ammesso _____ Punteggio _____



**UNIONE
EUROPEA**



PO FEAMP
2014 | 2020



**REPUBBLICA
ITALIANA**

Il sottoscritto _____ in qualità di Responsabile della verifica dell'istruttoria del FLAG _____ sulla domanda di sostegno a valere sulla Misura del FEAMP 2014/2020 sopra indicata, presentata dal Beneficiario sopra generalizzato;

visto l'avviso pubblico di Misura/azione sopra indicato;

viste le vigenti Disposizioni Procedurali adottate dal RAdG,

vista la documentazione prodotta dal FLAG;

effettuata la verifica di competenza ed allegata la Check list sottoscritta in data _____;

attesta che:

l'istruttoria svolta dal FLAG risulta corretta;

l'istruttoria svolta dal FLAG non risulta corretta per le seguenti motivazioni:

(Nel caso in cui l'istruttoria del FLAG risulta corretta compilare i campi successivi, qualora non risulti corretta gli atti vengono rinviati al FLAG per le integrazioni istruttorie necessarie)

I soggetto richiedente POSSIEDE tutti i requisiti previsti dell'avviso pubblico SI NO

il soggetto richiedente ha presentato la domanda completa dei documenti richiesti dell'avviso pubblico SI NO

la documentazione a corredo del progetto È VALIDA E COERENTE CON QUANTO PROPOSTO SI NO



**UNIONE
EUROPEA**



**MINISTERO DELLE POLITICHE AGRICOLE
ALIMENTARI E FORESTALI**



PO FEAMP
2014 | 2020



**REPUBBLICA
ITALIANA**

il progetto è idoneo dal punto di vista tecnico-amministrativo

SI NO

Il progetto SODDISFA TUTTE LE CONDIZIONI DI AMMISSIBILITÀ previste dall'avviso pubblico pertanto viene proposta l'AMMISSIBILITÀ a finanziamento per i seguenti importi:

Costo dell'intervento ammissibile Euro _____

Contributo ammissibile Euro _____

Data della verifica

____/____/____

Responsabile Incaricato

(firma per esteso e leggibile)