

**Demande de subvention au titre du
Programme de Développement Rural de Rhône-Alpes 2014-2020**

**Aide à la mise en œuvre d’opérations dans le cadre du programme LEADER**

**Type d’opération 19.30 du Programme de Développement Rural Rhône-Alpes 2014-2020**

**Cette mesure vise le soutien aux opérations contribuant à la préparation et mise en œuvre d’activités de coopération du GAL Une Autre Provence**

Le présent formulaire est à utiliser pour les demandes de subventions au Feader dans le cadre du programme LEADER et de son programme d’action.

 **Avant tout dépôt de demande d’aide dans le cadre du programme LEADER, il est recommandé aux porteurs de projet de contacter le GAL qui pourra l’accompagner dans le montage de ce dossier.**

Le service instructeur pourra être conduit à vous demander des compléments d’informations pour finaliser les procédures d’instruction.

Cette demande d’aide une fois complétée constitue, une demande minimale. Veuillez noter que des précisions ou des éléments complémentaires sont susceptibles de vous être demandés par le service instructeur.

L’original de votre dossier doit être transmis en un exemplaire papier et un exemplaire numérique (transmission par mail, CD ou clé USB) au Groupe d’Action Locale (GAL). Veillez à conserver un exemplaire de ce dossier.

|  |  |
| --- | --- |
| **Où faire parvenir votre dossier ?** | Veuillez transmettre le dossier et ses annexes au Guichet Unique Service Instructeur:**GAL Une Autre Provence****ZA les Laurons****Pépinière d’entreprises « La Ruche »****26110 NYONS** |
| **Contacts techniques** | Chef de projet : **Gabriel AL AMOUDI** : 06 78 20 71 08 (coordination du programme LEADER), leader@paysuneautreprovence.comGestionnaire : **JAUNE Alexandra**: 04 75 26 02 25 (instruction des dossiers LEADER)gestion@paysuneautreprovence.com |

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE SUBVENTION - MESURE 19.30**

**Aide à la mise en œuvre d’opérations dans le cadre de LEADER**

**Programme de Développement Rural Rhône-Alpes 2014-2020**

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **Cadre réservé à l’administration**N° de dossier OSIRIS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date de réception de la première demande (contenu minimal) : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|Date de réception : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Date de réception dossier complet : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|Type de coopération : ☐Soutien préparatoire ☐ Interterritoriale ☐TransnationaleCode du GAL : **n°264** Réf. appel à projets/appel à candidature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Si GAL chef de file/référent, indiquer le numéro de dossier national (NUMGAL chef de file / référent + NUM OSIRIS) : ……………………………Le cas échéant, N°OSIRIS de l’opération de soutien préparatoire dont est issue l’opération objet de la présente demande :…………………... |

 |

*(A remplir par le demandeur*)

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé du projet** |  |
| **Intitulé et N° de la Fiche Action Leader** |  |

1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  **Personne physique** | NOM : Prénom :  |
| N° de SIRET :  |  | Aucun numéro attribué □ |
| [ ]  ***Personne morale*** | N° de SIRET :  |  |
| N° PACAGE : (concerne les agriculteurs) |  |
| Forme juridique (*exploitation individuelle, GAEC, EARL, SCEA, SARL, SA, SCI, établissement public, association loi 1901, collectivité, groupement de communes, prestataires privés, autres…) :*  |  |
| Raison sociale :  |  |
| Représentant légal de la structure | NOM : Prénom : |
| Fonction *(Maire, Président, Directeur…)* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Pour tous les demandeurs*** | Coordonnées | Adresse *(n°, rue, lieu-dit…)* |  |
| Code postal : Commune : |
| N° téléphone : | N° télécopie : |
| Courriel : |

*Le GAL devra être tenu informé de toute modification concernant l’identification du demandeur.*

IDENTIFICATION DU RESPONSABLE DU PROJET

*(Sauf si le GAL est le demandeur)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOM : |  | Prénom : |  |
| Fonction :  |  |
| N° téléphone fixe : |  | N° portable professionnel : |  |
| Courriel : |  |

2. CARACTÉRISTIQUES DE VOTRE PROJET

|  |
| --- |
| **2A. Type de projet et lieu de réalisation** |
| **Rattachement comptable du projet** | [ ]  Investissement [ ]  Fonctionnement [ ]  Investissement et Fonctionnement |
| **Localisation du projet**(*Si le projet se situe sur plusieurs communes, liste des communes ou annexe cartographique ou bien indiquer la commune de rattachement du projet. Pour un projet immatériel, indiquez la commune de rattachement et préciser le territoire couvert par le projet)* | [ ]  Identique à la localisation du demandeurSi différent, préciser le lieu : |
| Adresse : |  |
| Code INSEE de la commune : |  | Code Postal : |  |
| Commune : |  |
| **Territoire couvert par le projet** |  |
| **2B. Description du projet** |
| **Contexte, objectifs et présentation synthétique du projet (joindre une présentation technique détaillée du projet de coopération)*****NB : Pour les projets de soutien préparatoire :*** *démontrer que ce soutien technique préparatoire vise la mise en œuvre d’une opération concrète et indiquer les livrables attendus de l’opération* |
|  |
|  |
| **Calendrier prévisionnel de réalisation** |
| Date prévisionnelle de projet : | Début : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (mois/année) Fin : |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (mois/année) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du/des partenaire(s) du projet de coopération** | **Forme juridique** | **N°SIRET****(si existant)** | **Région/Pays** | **Territoire GAL associé** | **Code GAL** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Projet partenarial avec reversement de subvention** | Le demandeur prévoit-il la mise en place d’un partenariat avec reversement de subvention entre les partenaires de son territoire ?[ ]  Oui [ ] Non  |

3. DÉPENSES PRÉVISIONNELLES

|  |
| --- |
| **Récupération de la TVA sur le projet** : 🞏 Oui 🞏 Non 🞏 Partiellement |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature des dépenses**  | **Montant présenté (TTC ou HT) en €****(A1)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Je demande à bénéficier de l'aide sur les coûts indirects liés à l'opération : Oui Non

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Montant total des frais salariaux éligibles****(A2)** | **Taux appliqué (T)** | **Montant présenté = (A2) X T** |
|  | 15% | **€** |

|  |
| --- |
|  **Coût global du projet (A1) + (A2) = €** |

3B. PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL DU PROJET

|  |  |
| --- | --- |
| **Financements** | **Montants** |
| **Financements européens (FEADER) sollicité(s) (a)** | € |
| **Montant total de l’aide publique nationale sollicitée (b)** | € |
| **Autofinancement (c)** | € |
| **Recettes (d)** | € |
| **Total coût du projet (a + b + c + d)** | € |

**Je soussigné , représentant légal de ,**

**m’engage à réaliser le projet à l’appui de cette demande dans les conditions énoncées ci-dessus.**

Fait à , le

Cachet de la structure (le cas échéant) et signature du représentant légal ou délégataire (*préciser nom, prénom et qualité du signataire*),



ANNEXE 1 PARTENARIAT

CHEF DE FILE

|  |
| --- |
| **GAL chef de file** */ référent* **ou****organisme chef de file** |
| Nom du GAL chef de file |  | Code Gal |  |
| Région |  | Pays |  |
| Adresse |  |
| Commune |  | Code postal |  |
| Téléphone fixe |  | Téléphone portable (pro) |  |
| Courriel  |  |

TERRITOIRE PARTENAIRE

*(À dupliquer en fonction du nombre de Gal partenaire)*

|  |
| --- |
| **Territoire organisé partenaire n°** |
| Nom du territoire  |  | s’agit-il d’un GAL ? | [ ]  OUI [ ]  NONSi oui, code GAL :|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| Région |  | Pays |  |
| Adresse |  |
| Commune |  | Code postal |  |
| Téléphone fixe |  | Téléphone portable (pro) |  |
| Courriel  |  |

|  |
| --- |
| **Territoire organisé partenaire n°** |
| Nom du territoire  |  | s’agit-il d’un GAL ? | [ ]  OUI [ ]  NONSi oui, code GAL :|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| |
| Région |  | Pays |  |
| Adresse |  |
| Commune |  | Code postal |  |
| Téléphone fixe |  | Téléphone portable (pro) |  |
| Courriel  |  |

PARTENAIRE AUTRE QUE GAL

*(À dupliquer en fonction du nombre partenaire si autre que territoire organisé)*

|  |
| --- |
| **Organisme partenaire n°** |
| Organisme étant sur le territoire organisé n° |  |
| Nom de l’organisme |  |
| Statut (public/privé) |  |
| Région |  | Pays |  |
| Adresse |  |
| Commune |  | Code postal |  |
| Téléphone fixe |  | Téléphone portable (pro) |  |
| Courriel  |  |

|  |
| --- |
| **Organisme partenaire n°** |
| Organisme étant sur le territoire organisé n° |  |
| Nom de l’organisme |  |
| Statut (public/privé) |  |
| Région |  | Pays |  |
| Adresse |  |
| Commune |  | Code postal |  |
| Téléphone fixe |  | Téléphone portable (pro) |  |
| Courriel  |  |

**Définition :**

**Chef de file :** GAL ou organisme responsable de la mise en œuvre de la coopération. Il établit l’accord de partenariat et est garant du pilotage de l’opération. Il est recommandé de désigner un GAL.

**Territoire organisé partenaire :** Il s’agit de tout groupement de partenaires locaux publics et privés sur un territoire rural qui met en œuvre une stratégie locale de développement, au sein ou en dehors de l'Union ou tout un groupement de partenaires locaux publics et privés sur un territoire non rural qui met en œuvre une stratégie locale de développement.

**Organisme partenaire** : L’opération de coopération peut être mise en œuvre par des organismes tiers. Il faut cependant que cet organisme se trouve dans un territoire organisé partenaire de la coopération.

Territoires organisés dont un gal chef de file

Exemple :

Organismes partenaires