



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Préfecture de la région Auvergne-Rhône-Alpes

**APPEL A CANDIDATURES POUR L'AGREMENT DE STRUCTURES PRESTATAIRES
EN AUDIT/CONSEIL INDIVIDUEL DE L'INSTALLATION ET DE LA TRANSMISSION
-DATE LIMITE DE CANDIDATURE LUNDI 20 FEVRIER 2017-**

FORMULAIRE DE DEMANDE D'AGREMENT

Règlement (CE) n° 702/2014 du 25 juin 2014 déclarant certaines catégories d'aides, dans le secteur agricole et forestier et dans les zones rurales, compatibles avec le marché intérieur, en application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne.

Lignes directrices de l'Union Européenne concernant les aides d'État dans le secteur agricole et forestier et dans les zones rurales 2014-2020 (2014/C 204/01).

Régime-cadre exempté de notification n° SA 40833 relatif aux aides au service de conseil pour les PME dans le secteur agricole pour la période 2015-2020.

Avant de remplir ce formulaire, veuillez lire attentivement l'appel à candidatures publié sur le site de la DRAAF

Veuillez transmettre :

- un exemplaire original à la Direction régionale de l'alimentation et de la forêt (DRAAF) - Site de Lyon - Service Régional de l'Économie Agricole, Agroalimentaire et des Filières - 165 Rue Garibaldi - BP 3202 - 69401 LYON cedex 03 (cachet de la poste faisant foi)

- un exemplaire en version numérisée (pdf) à la DRAAF (sreaaf.draaf-auvergne-rhone-alpes@agriculture.gouv.fr) – sans contrainte de délai -

Cadre réservé à l'administration

Date de réception : | | | | | | | | | |

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Le demandeur sollicite un agrément en tant que :

structure indépendante

structure chef de file associé à des partenaires où la demande est portée par le chef de file qui sollicite seul l'agrément – une convention de partenariat devra être établie définissant l'organisation, les droits et obligations de chaque partie – Annexe 1 à remplir -

N° SIRET :

attribué par l'INSEE lors d'une inscription au répertoire national des entreprises

STATUT JURIDIQUE :

Association loi 1901, collectivité, groupement de communes, établissement public, prestataire privé, autre...

RAISON SOCIALE pour les personnes morales : _____

NOM et prénom du représentant légal : _____

NOM, prénom du référent de la demande (si différent) : _____

COORDONNÉES DU DEMANDEUR

Adresse :

permanente du demandeur

Code postal : _____

Commune : _____

☎ : _____

Mél : _____

COORDONNÉES DU COMPTE BANCAIRE DU CHEF DE FILE OU DE LA STRUCTURE INDEPENDANTE

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

IBAN - Identifiant international de compte bancaire

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

DISPOSITIFS POUR LESQUELS UN AGREMENT EST SOLLICITE

Suivi du nouvel exploitant

Diagnostic de l'exploitation du cédant

PRESENTATION DE LA STRUCTURE ET DE SON ACTIVITE

Historique de la structure dans le domaine de l'audit/conseil individuel aux agriculteurs:

Périmètre géographique d'intervention :

Organisation et modalités de mise en oeuvre des prestations individuelles :

CONTENU DETAILLE DU DISPOSITIF POUR LEQUEL UN AGREMENT EST SOLLICITE

NOM DU DISPOSITIF :

Contenu détaillé de la prestation (méthode, étapes, outils et maquette de compte rendu) :

Suivi et évaluation du dispositif (modalités d'enregistrement des dépenses et du temps passé pour réaliser la prestation en vu d'établir le bilan annuel) :

PLAN DE FINANCEMENT

Dépenses (HT)	Montant (€)	commentaire	Recettes	Montant (€)
Salaire brut chargé de conseiller			État (1)	
Salaire brut chargé administratif			Participation du porteur de projet (1)	
Frais de mission/déplacement			Autres ressources financières (1)	
Autres dépenses courantes internes				
TOTAL par audit/conseil			TOTAL par audit/conseil	
Nombre annuel estimé			Nombre annuel estimé	
Montant total			Montant total	

(1) tenir compte du montant d'aide plafonnée pour le dispositif
Montant de la facturation individuelle envisagée :€ HT

LISTE DES CONSEILLERS ENGAGES DANS LES DISPOSITIFS

NOM et prénom du conseiller	Organisme employeur (1)	Statut d'emploi (fonction/mission)	Formation initiale (diplôme le plus élevé dans le domaine d'activité)	Nombre d'années d'expérience dans le conseil agricole	Autres informations utiles sur les compétences professionnelles

(1) chef de file/partenaire, ou structure indépendante

ENGAGEMENTS DU DEMANDEUR *(Veuillez cocher les cases)*

J'atteste sur l'honneur :

que les renseignements fournis dans cette demande et dans les pièces jointes sont exactes

Je m'engage, sous réserve de l'attribution de l'agrément :

- à informer la DRAAF de toute modification de ma situation, de la raison sociale de ma structure ou de ma demande,
- à conserver tout document ou justificatif susceptible d'être demandé par l'autorité compétente,
- à permettre et faciliter l'accès à ma structure aux autorités compétentes chargées des contrôles pour l'ensemble des documents ayant trait à ma demande,
- à réaliser les actions qui seront définies dans la convention d'agrément,
- à faire figurer le logo du financeur sur les supports de communication,

Je suis informé(e) que je m'expose à un retrait d'agrément :

en cas d'irrégularité ou de non respect de mes engagements ou du respect des cahiers des charges des dispositifs pour lesquels je suis candidat,

LISTE DES PIÈCES JUSTIFICATIVES A FOURNIR A L'APPUI DE LA DEMANDE

	Type de demandeur concerné	Pièce jointe	Pièce déjà fournie à la DRAAF	Non concerné
original de la demande d'aide complétée et signée	tous	<input type="checkbox"/>		
Relevé d'identité bancaire – IBAN/BIC (original)	tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Document attestant de la capacité du représentant légal	tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bilan et compte de résultat du dernier exercice comptable clôturé (ou liasse fiscale)	tous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
K bis ou inscription au RCS	Entreprise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Extrait de délibération de l'organe compétent approuvant la demande d'agrément	Association	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie des statuts	Association	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Récépissé de dépôt des statuts	Association	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liste à jour des membres du Conseil d'administration et des membres du bureau	Association	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait à _____ le _____

Signature du demandeur (représentant légal de la structure):

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire votre dossier. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression touchant les informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez vous adresser à la DRAAF

ANNEXE 1 : IDENTIFICATION ET MISSION DES STRUCTURES PARTENAIRES (dans le cas où la demande est présentée par une structure chef de file)

IDENTIFICATION DU PARTENAIRE N°

RAISON SOCIALE pour les personnes morales : _____

STATUT JURIDIQUE : _____
Association loi 1901, collectivité, groupement de communes, établissement public, prestataire privé, autre...

N° SIRET : _____
attribué par l'INSEE lors d'une inscription au répertoire national des entreprises

NOM, prénom du référent du dossier: _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

☎ : _____ Mél : _____

PLACE DU PARTENAIRE DANS L'ORGANISATION

Préciser le rôle et la place du partenaire dans le projet (périmètre géographique et fonctionnel d'intervention, dispositifs mis en œuvre) :

IDENTIFICATION DU PARTENAIRE N°

RAISON SOCIALE pour les personnes morales : _____

STATUT JURIDIQUE : _____
Association loi 1901, collectivité, groupement de communes, établissement public, prestataire privé, autre...

N° SIRET : _____
attribué par l'INSEE lors d'une inscription au répertoire national des entreprises

NOM, prénom du référent du dossier : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

☎ : _____ Mél : _____

PLACE DU PARTENAIRE DANS L'ORGANISATION

Préciser le rôle et la place du partenaire dans le projet (périmètre d'intervention, dispositifs mis en œuvre) :