Carta Intestata Beneficiario Protocollo beneficiario

|  |
| --- |
| Nome e Cognome del Rappresentante del Programma |
| Amministrazione/Ente |
| E-mail |

**Sistema nazionale di gestione e controllo dei programmi di Cooperazione Territoriale Europea**

Il sottoscritto (nome e cognome1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di rappresentante legale di (nome Amministrazione/Ente/Società) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, per il progetto denominato (nome progetto) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rif. N° (codice progetto) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ finanziato dal Programma di Cooperazione Territoriale Francia-Italia ALCOTRA, avendo, in conformità alle procedure previste dal Codice degli Appalti D.Lgs 36/2023 in attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE, individuato il soggetto da incaricare per le attività di certificazione e controllo di primo livello,

**chiede**

alla Commissione mista Stato-Regioni e Province Autonome per il coordinamento sul funzionamento generale del sistema nazionale di controllo dei Programmi dell’obiettivo Cooperazione Territoriale Europea, istituita con decreti del Direttore generale dell’Agenzia per la Coesione Territoriale n. 139 del 6 giugno 2016 e n. 209 del 5 settembre 2016, **la convalida a controllore esterno** di primo livello a favore del sig. (nome controllore) .

A tal fine si inoltra la presente istanza al membro rappresentante del Programma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(nome e cognome)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in seno alla Commissione Mista Stato-Regioni.

Si allegano:

* scheda informativa – Allegato 2;
* dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante il possesso da parte del controllore del requisito di conoscenza della lingua straniera prevista dal programma – Allegato 4;
* dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l’iscrizione del controllore all’Albo dei Dottori Commercialisti e degli Esperti Contabili oppure al Registro dei Revisori Legali – Allegato 5 o Allegato 6;
* dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante il possesso da parte del controllore dei requisiti di onorabilità, professionalità, indipendenza e la conoscenza della lingua straniera prevista dal programma – Allegato 7 o Allegato 8;

1 Il soggetto dichiarante deve essere lo stesso che è stato indicato in Application Form quale Legale Rappresentante dell’Ente partecipante al Progetto.

* copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto selezionato a svolgere la funzione FLC;
* autorizzazione al trattamento dei dati personali – Allegato 9 o Allegato 10.

Il sottoscritto (nome e cognome2) , dichiara di aver raccolto e verificato la completezza dei requisiti - previsti dall’accordo tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano per la definizione del sistema di gestione e controllo dei programmi di cooperazione transnazionale e interregionale di cui alla delibera CIPESS n.78 del 2021, repertorio n. 187/CSR del 29 ottobre 2009 e confermati nella Nota tecnica per l’Intesa “Governance nazionale dell’attuazione e gestione dei Programmi di cooperazione territoriale europea 2014-2020", approvata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 14 aprile 2016, inerenti l’onorabilità, la professionalità e l’indipendenza, del soggetto controllore, nonché la conoscenza della lingua del programma.

Data

Firmato

Il rappresentante legale

2 vedi nota n. 1