

DATE LIMITE DE DEPOT :14/08/2025../

RÉGIME CADRE EXEMPTÉ DE NOTIFICATION N° SA. 108940 RELATIF AUX AIDES AU TRANSFERT DE CONNAISSANCES ET AUX ACTIONS D'INFORMATION DANS LE SECTEUR AGRICOLE POUR LA PERIODE 2023-2029

Un exemplaire numérisé (pdf) pourra également être adressé à la DRAAF à l'adresse : sreaf.draaf-bourgogne-franche-comte@agriculture.gouv.fr

DATE DE RÉCEPTION : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

☐ Structure chef de file associé à des partenaires - 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

Fonction du responsable du projet _____

Mél :

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

DISPOSITIFS POUR LESQUELS UN AGREMENT EST SOLLICITE

- ☐ Diagnostic de l'exploitation à reprendre (volet 2 de l'AITA)
- ☐ Diagnostic de l'exploitation à céder (volet 5 de l'AITA)

PRESENTATION DE LA STRUCTURE ET DE SON ACTIVITE :

PERIMETRE GEOGRAPHIQUE D'INTERVENTION :

Le candidat déclare être en capacité de déployer son action sur l'ensemble du territoire de la Bourgogne-Franche-Comté

OUI ☐

NON ☐

Si non, précisions sur la couverture du territoire proposée :

ORGANISATION ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DES PRESTATIONS INDIVIDUELLES

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

PLAN DE FINANCEMENT DE CETTE ACTION

Dépenses (HT)	Montant (€)	Commentaire	Financeurs sollicités	Montants (€)
Salaire brut chargé des conseillers	_ _ _ _ _ _ , _ _		État	_ _ _ _ _ _ , _ _
Frais de structure	_ _ _ _ _ _ , _ _		Région	_ _ _ _ _ _ , _ _
Frais de mission/déplacement	_ _ _ _ _ _ , _ _		Département	_ _ _ _ _ _ , _ _
Autres dépenses	_ _ _ _ _ _ , _ _		Autre	_ _ _ _ _ _ , _ _
	_ _ _ _ _ _ , _ _		Sous-total financeurs publics	_ _ _ _ _ _ , _ _
			Participation du porteur de projet	_ _ _ _ _ _ , _ _
			Auto - financement	_ _ _ _ _ _ , _ _
			Autre	_ _ _ _ _ _ , _ _
TOTAL général = coût par diagnostic	_ _ _ _ _ _ , _ _			_ _ _ _ _ _ , _ _
Nombre de diagnostic annuel estimé				
Montant prévisionnel annuel	_ _ _ _ _ _ , _ _			

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.

☐ DISPOSITIF : DIAGNOSTIC EXPLOITATION A CEDER (VOLET 5 AITA)

Contenu détaillée de la prestation : Méthode, étapes, outils et maquette de compte rendu :

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

LISTE DES CONSEILLERS ENGAGES DANS LE DISPOSITIFS
FOURNIR UN CV POUR CHAQUE CONSEILLER

PLAN DE FINANCEMENT DE CETTE ACTION

Dépenses (HT)	Montant (€)	Commentaire	Financiers sollicités	Montants (€)
Salaire brut chargé des conseillers	_____		État	_____
Frais de structures	_____		Région	_____
Frais de mission/déplacement	_____		Département	_____
Autres dépenses	_____		Autre	_____
	_____		Sous-total financeurs publics	_____
			Participation du porteur de projet	_____
			Auto - financement	_____
			Autre	_____
TOTAL général = coût par diagnostic	_____			_____
Nombre de diagnostic annuel estimé				
Montant prévisionnel annuel	_____			

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.

ENGAGEMENTS ET SIGNATURE DU DEMANDEUR (veuillez cocher les cases nécessaires)

J'atteste (nous attestons) sur l'honneur :

☐ que les renseignements fournis dans cette demande et dans les pièces jointes sont exacts.

Je m'engage (nous nous engageons), sous réserve de l'attribution de l'agrément :

- ☐ A informer la DRAAF de toute modification de ma situation, de la raison sociale de la structure, ou de ma demande ;
- ☐ A conserver tout document ou justificatif susceptible d'être demandé par l'autorité compétente ;
- ☐ A permettre et faciliter l'accès à ma structure aux autorités compétentes chargées des contrôles pour l'ensemble des paiements que je sollicite pendant 3 années,
- ☐ A réaliser les actions définies par l'agrément et le cahier des charges afférents aux dispositifs AITA pour lesquels je remplis cette demande
- ☐ A transmettre un rapport d'activité annuel à la DRAAF
- ☐ A 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 non-respect des cahiers des charges des dispositifs pour lesquels je suis candidat.

Fait à _____ ; le ____/____/____

Fonction et signature du demandeur avec le cachet de l'entreprise :

(du gérant en cas de formes sociétaires)

PIECES A FOURNIR

Pièces	Type de demandeur concerné / type de projet concerné	Pièce jointe	Pièce déjà fournie à la DRAAF
L'original de la demande d'aide complétée et signée	Tous	☐	
Relevé d'identité bancaire	Si compte inconnu ou nouveau compte et que vous avez fait le choix de ne pas renseigner les coordonnées bancaires.	☐	☐
Convention de partenariat	Tous en cas de projet porté par un chef de file en partenariat avec d'autres structures	☐	☐
Document attestant de la capacité du représentant légal	Tous	☐	☐
Bilan et compte de résultat du dernier exercice comptable clôturé (ou liasse fiscale)	Tous	☐	☐
K bis ou Inscription au RCS	Entreprise	☐	☐
Extrait de délibération de l'organe compétent approuvant la demande d'agrément	Association	☐	☐
Copie des statuts	Association	☐	☐
Récépissé de dépôt des statuts	Association	☐	☐
Liste à jour des membres du Conseil d'administration et des membres du bureau	Association	☐	☐

ANNEXE 1 : IDENTIFICATION ET MISSIONS DES STRUCTURES PARTENAIRES (DANS LE CAS OU LA DEMANDE EST PRESENTÉE PAR UNE STRUCTURE CHEF DE FILE

Reproduire l'annexe autant de fois qu'il y a de partenaires

IDENTIFICATION DU PARTENAIRE N°.....

N° SIRET : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Raison sociale : _____

Statut juridique _____

Association loi 1901, collectivité, groupement de communes, prestataires privés, autres...

Nom du représentant légal :

NOM, Prénom du responsable du projet (si différent) : _____

Fonction du responsable du projet _____

Adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____



: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Fixe



: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Mobile

Mél : _____

PLACE DU PARTENAIRE N° DANS L'ORGANISATION

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

**LISTE DES CONSEILLERS ENGAGÉS DANS LE DISPOSITIF
FOURNIR UN CV POUR CHAQUE CONSEILLER**