Carta Intestata Beneficiario Protocollo beneficiario

|  |
| --- |
| *Dott.ssa Giovanna Tortorella* |
| **Regione Toscana**  **Programma Euro-MED, Settore Attività Internazionali e di Attrazione degli investimenti** |
| E-mail:  e[uromed.flc@regione.toscana.it](mailto:Euromed.flc@regione.toscana.it)  PEC:  regionetoscana@postacert.toscana.it |

**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) , per il progetto denominato (nome

progetto) rif. N° (codice progetto) finanziato dal Programma di

Cooperazione Territoriale , avendo individuato il soggetto da incaricare per le attività di certificazione e controllo di primo livello , presso la società \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome società) partecipata dal Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome Ente) con una popolazione inferiore ai 20.000 (mila) abitanti,

**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** di primo livello (individuato all’interno della struttura della società partecipata) di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nome del controllore).

A tal fine si inoltra la presente istanza al membro rappresentante del Programma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_Giovanna Tortorella\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in seno alla Commissione Mista Stato-Regioni.

Si allegano:

* scheda informativa – Allegato 2;
* dichiarazione attestante:
  + il possesso dei requisiti di indipendenza del controllore individuato all’interno della società partecipata – Allegato 3(con allegato Statuto e organigramma / funzionigramma);
  + la conoscenza della lingua del programma – Allegato 4;
  + autorizzazione al trattamento dei dati personali – Allegato 9.
  + copia fronte/retro di un documento di riconoscimento in corso di validità del soggetto selezionato a svolgere la funzione FLC.

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

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, 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’indipendenza del controllore individuato, nonché la conoscenza della lingua del programma.

Data

Firmato

Il rappresentante legale

2 vedi nota n. 1