**Annexe « Caractéristiques de l’opération »**

**Demande de paiement (acompte et solde)**

**Programmation 2014-2020**

**Cadre règlementaire : FEADER, Programme de Développement rural 2014-2020,**

**autorité de gestion : Département de la réunion**

**4.1.2\_V2 Création ou modernisation des unités de production animale**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du bénéficiaire |  |
| Intitulé de l’opération |  |
| N° de dossier OSIRIS | R|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| |
| Objet de la demande de paiement |  Demande de paiement N°…….. Demande de solde |

***CARACTERISTIQUES DE L’OPERATION***

Etes-vous jeune agriculteur (JA) ?  OUI  NON

Inscription dans une démarche de qualité ou de progrès ?  OUI  NON

Les investissements sont-ils affectés à plus de 50 % à l'amélioration globale des performances énergétiques de votre exploitation ?  OUI NON

L’opération est-elle menée en partenariat avec d’autres acteurs ?  OUI  NON

Si **OUI** :  PEI GIEE  Autres

Si Autres précisez :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Type de production concernée par le projet :**

**Bovin lait Bovin viande**   **Porcin Avicole** (en m²)

 Vache laitière  Allaitant (vache) Truie (naisseur)  Chair

 Génisse  Engraissement (Jeune bovin)  Naisseur/engraisseur  Pondeuse

  Naisseurs / Engraisseurs  Engraissement (porcelet)  Pondeuse - couvoir

 (vaches et jeunes bovins)

  Atelier sur caillebotis

 **Caprin** (Chèvre mère)  **Ovin** (Brebis mère)  **Atelier ovins-caprins**  **Cunicole** (Cage mère)

 **Equin** (Reproducteur)  **Apicole** (Ruche)

Quantité de la famille animale choisie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autre investissement assimilable au type de production concernée :**

 **Hangar**   **Miellerie**

Veuillez indiquer la surface de l’autre investissement assimilable \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ m²

1ER financement AGEA :  OUI NON

1ER avenant AGEA :  OUI NON

1ER suivi AGEA :  OUI NON

***ATTESTATION DU BENEFICIAIRE***

**Je certifie exactes les informations mentionnées dans le présent document.**

Fait à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom, signature et cachet de l’organisme bénéficiaire

Représentant légal ou représentant délégué

Le :|\_\_|\_\_| / |\_\_||\_\_| / |\_\_||\_\_|\_\_||\_\_| *(rayer la mention inutile)*