

## ANNEXE : Modèle type ATTESTATION PAR UN TIERS DE CONFIANCE

(Par exemple centre de gestion agréé, expert-comptable, commissaire au compte identifié, etc.)

Une version sera publiée sur le site internet de FranceAgriMer

<https://www.franceagrimer.fr/Accompagner/Plan-de-resilience/Alimentation-animale-eleveurs>

Je soussigné(e), [prénom, nom DE LA PERSONNE ETABLISSANT L'ATTESTATION]\* \_\_\_\_\_, En ma qualité de

Atteste ci-dessous les éléments ci-dessous concernant

- Raison sociale du demandeur de l'aide\* \_\_\_\_\_
- SIRET du demandeur de l'aide (14 caractères)\* : \_\_\_\_\_
- Le demandeur est au micro BA : oui - non
- Le demandeur est un centre équestre : oui - non (Si oui : le fourrage ne doit pas être inclus dans les charges d'alimentation)
- **En cas de demande de dérogation prévue au point 1.3 b, situation du demandeur (cochez la situation) :**

- Le demandeur n'a pas d'historique sur la période de référence
- Le demandeur n'a pas de données représentatives sur la période de référence
- Le demandeur est nouvel installé
- Le demandeur a été impacté par l'influenza aviaire (ou autre cas de force majeure) sur la période de référence
- Sans objet

Si le demandeur est dans un des 3 premiers cas ci-dessus, justifier la demande de dérogation :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Le demandeur de l'aide conduit les ateliers suivants au sein de son exploitation (préciser ceux qui relèvent d'un contrat d'intégration) :

- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
- \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

A Charges alimentation animale	B Charges alimentation animale	C Charges d'exploitation	Taux de dépendance
hors atelier sous contrat de production ou contrat d'intégration 16 mars 2021 au 15 juillet 2021 Ou cas particulier : _____	hors atelier sous contrat de production ou contrat d'intégration dernier exercice clos au plus tard le 28/02/2022 Ou cas particulier : _____	hors atelier sous contrat de production ou contrat d'intégration dernier exercice clos au plus tard le 28/02/2022 Ou cas particulier : _____	TD= B/C
_____ €*	_____ €*	_____ €*	_____ %

Nom de la structure professionnelle d'exercice \* : \_\_\_\_\_

Date\* : \_\_\_\_\_

Cachet\* ET signature\* :

\*Champs obligatoires

IL APPARTIENT AU DEMANDEUR DE L'AIDE DE VERIFIER LA BONNE COMPLETURE DE CE DOCUMENT AVANT DEPOT DE LA DEMANDE.