

**A) DATI DEL SOGGETTO RICHIEDENTE**

Denominazione sociale o Ragione sociale (nome e cognome per esteso)	
P. Iva / C.F.*	
Codice ATECO**	

Che l'esercizio finanziario (anno fiscale) dell'impresa rappresentata inizia il \_\_\_\_\_ e termina il \_\_\_\_\_;

\* Registrazione omologa valida ai fini fiscali nel paese di provenienza per i soggetti richiedenti con sede all'estero.

\*\* Indicare la classificazione equivalente NACE Rev. 2 "59.11 o 59.12", se l'impresa ha sede in un paese dell'Unione Europea o equivalente per i paesi extraeuropei equiparati a condizioni di reciprocità.

PEC	
PEO (Mail)	
Web	

Indirizzo sede legale	
Città e CAP	
Provincia (per esteso)	
Nazione	

Indirizzo sede operativa (se diverso dalla sede legale)	
Città e CAP	
Provincia (per esteso)	
Nazione	

COMPILARE CON ESTREMA ATTENZIONE

**Legale rappresentante dell'impresa**

Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Data di nascita	
Luogo	
Residenza	

Mail	
Mobile	

Carica sociale ricoperta nell'impresa*	
--	--

\* specificare: ad es. Presidente, Amministratore Delegato etc.

**Referente dell'impresa per il procedimento (se diverso dal legale rappresentante)**

Nome	
Cognome	
Mail	
Mobile	

Ruolo nell'impresa*	
---------------------	--

\* specificare: ad es. Responsabile amministrativo, responsabile tecnico, etc.

**Specificare se l'impresa presenta l'istanza in qualità di:**

Produttore Unico  Coproduttore o Produttore associato\*

\* qualora si sia barrato "Coproduttore" o "Produttore associato", compilare la sezione che segue relativa ai "Coproduttori e/o Produttori Associati"

COMPILARE CON ESTREMA ATTENZIONE

**Coproduttori e/o Produttori Associati (Aggiuntivo)**

Nome società / Nome	
Forma societaria / Cognome	
Indirizzo della sede legale / Domicilio	
Nazione	
Quota percentuale di diritti	
Referente (eventuale) (nome, cognome e ruolo nell'impresa)	
Mobile	
Mail	
Web	

**Coproduttori e/o Produttori Associati (Aggiuntivo)**

Nome società / Nome	
Forma societaria / Cognome	
Indirizzo della sede legale / Domicilio	
Nazione	
Quota percentuale di diritti	
Referente (eventuale) (nome, cognome e ruolo nell'impresa)	
Mobile	
Mail	
Web	

COMPILARE CON ESTREMA ATTENZIONE

**B) DATI SUL CONTRIBUTO RICHIESTO**

L'opera appartiene alla seguente categoria (*barrare una sola casella*):

- opere cinematografiche di durata superiore a 52 minuti
- opere cinematografiche di cortometraggio, ovvero di durata inferiore o uguale a 52 minuti
- opere televisive di durata superiore a 52 minuti se opere singole, ovvero, in caso di opere di natura seriale, con durata complessiva minima della serie di 90 minuti
- opere web seriali composte di almeno 2 episodi della durata minima di 13 minuti ciascuno

Indicare per quale regime si fa domanda di sostegno (*barrare una sola casella*):

in regime di esenzione  
*Regolamento UE n. 651/2014 art.54*

in regime di de minimis  
*Regolamento UE n. 2831/2023*

Contributo richiesto di  
*euro €*

COMPILARE CON ESTREMA ATTENZIONE

**C) DATI DELL'OPERA**

Titolo dell'opera	
Tipologia/genere	
Regista	
Se opera seriale (indicare quante puntate girate in VdA)	
Durata (schema riepilogativo se seriale)	
Periodo previsto (schema riepilogativo delle riprese)	
Logline (max 250 caratteri)	

**D) DATI FINANZIARI**

Budget (cifra complessiva in Euro)	
Finanziamenti confermati (cifra complessiva in Euro)	

Luogo e Data .....

timbro dell'impresa  
e firma del legale rappresentante  
(per esteso e leggibile)

COMPILARE CON ESTREMA ATTENZIONE

Alla Fondazione  
Film Commission Vallée d'Aoste  
Via Croce di Città, 18  
I - 11100 Aosta

.....<luogo>, .....<data di invio>

Trasmissione via Posta Elettronica Certificata  
**filmcommissionvda@pec.net**

OGGETTO: Richiesta accesso al Fondo regionale per il sostegno alla produzione audiovisiva per il Progetto audiovisivo dal titolo:

<titolo dell'opera>

Il/la sottoscritto/a

(NOME)		(COGNOME)	
nato/a		il	
a		provincia	
C.F.		e residente in	

in qualità di legale rappresentante della <i>(indicare la ragione sociale)</i>		P. IVA / C.F.	
--	--	---------------	--

Indirizzo sede legale		CAP	
Comune		provincia <i>(sigla)</i>	

Indirizzo sede operativa <i>(se diverso dalla sede legale)</i>		CAP	
Comune		provincia <i>(sigla)</i>	

CHIEDE

l'accesso ai benefici previsti dal Fondo regionale per il sostegno alla produzione audiovisiva per l'opera

*<titolo dell'opera>*

---

e a tal fine, ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, e ss.mm., consapevole delle responsabilità civili e delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, per chi rilascia dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

che il soggetto richiedente è in possesso della qualifica di "produttore indipendente" ai sensi della vigente normativa nazionale

è detentore dei diritti di sfruttamento sull'opera del

\_\_\_\_\_ %

E SI IMPEGNA

- a comunicare alla Film Commission Vallée d'Aoste immediatamente ogni successiva variazione sostanziale con riferimento ai dati risultanti dalla documentazione presentata;
- nel caso di accesso ai benefici previsti dal fondo, ad ottemperare a tutti gli obblighi previsti a proprio carico dal Regolamento.

Allega alla presente l'Application Form compilata in ogni sua parte e la documentazione richiesta dal Regolamento.

Luogo e Data .....

timbro dell'impresa  
e firma del legale rappresentante  
(per esteso e leggibile)