

allegato n. 12

AFCP \_\_\_\_\_/Provincia di Sondrio

**Aziende con pagamento anticipato**

n.	numero domanda	CUAA	Ragione sociale	importo sostegno richiesto	importo garantito dalla fideiussione	corrispondenza polizza con modello OPR (*)	esito verifica (**)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							

(\*) SI/NO

(\*\*) POSITIVO/NEGATIVO