

Allegato 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