

## AUTORISATION

Je soussigné(e) .....  
accuse réception de la notification de la DDTM de la Gironde qu'il est  
nécessaire de modifier les données que j'ai saisies sur le formulaire électronique  
de « mes démarches simplifiées » (n° de dossier.....) pour le  
dispositif d'aide à l'arrachage sanitaire des vignes en Gironde, afin d'ajouter un  
nouveau bénéficiaire de l'aide (propriétaire non-exploitant), au titre du  
basculement de certaines parcelles dans le volet renaturation.

En conséquence, j'autorise la DDTM de la Gironde à prendre en charge  
mon dossier pour mon compte et à y apporter les modifications nécessaires pour  
son instruction sur la base des éléments que je lui communiquerai.

Ce pouvoir prendra fin à la fin de la période d'instruction de mon dossier.

Fait à ..... le .....,

Signature de l'exploitant non-proprétaire  
( Avec la mention « Lu et Approuvé » )

## ATTESTATION ET ENGAGEMENTS

- J'ai pris connaissance de la notice explicative du dispositif et en particulier des critères d'éligibilité du demandeur et des surfaces,
- J'autorise le traitement de mes données aux fins d'instruction, de contrôle et de suivi de ma demande. Ce traitement répond à une mission d'intérêt public. Il est réalisé conformément au RGPD (Règlement général européen sur la protection des données) et à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Mes données personnelles sont conservées aussi longtemps qu'elles sont nécessaires à la réalisation des finalités prévues et en respect des durées fixées par le droit français et européen. Je suis informé que la DDTM est susceptible de communiquer certaines données à d'autres organismes dans le cadre de leurs attributions (DRAAF, SAFER, CIVB, Douanes, ODG, Chambre d'agriculture,...),

### **J'atteste sur l'honneur :**

- Être propriétaire de vignes en Gironde,
- Que les parcelles visées par la présente demande d'aide ont été exploitées au cours des cinq dernières campagnes (de 2018 à 2022). Pour rappel les vignes abandonnées ou en friches ne sont pas éligibles au dispositif d'arrachage sanitaire,

### **Je m'engage :**

- À arracher, au plus tard le 31/05/2024 (sauf circonstances exceptionnelles) de façon définitive et irréversible la (les) vigne(s) visée(s) par la présente demande d'aide, et ce après réception d'une Autorisation de Commencement de Travaux (ACT) par mon exploitant,
- À boiser ou à convertir en zone naturelle (jachère, zone humide, tourbière) la (les) parcelle(s) concernée(s) dans un délai de deux ans suivant l'arrachage et pour une période de 20 ans, et à les maintenir dans cet intervalle dans des bonnes conditions agricoles et environnementales conformément aux normes BCAE,
- Après l'arrachage, à transmettre à la DDTM les pièces justificatives de la réalisation des travaux et de l'arrachage des parcelles aidées,

*Volet 2 – À faire remplir par le propriétaire non-exploitant*

○ Ne pas avoir demandé ou perçu une aide publique (indemnisation de l'État, de collectivités territoriales et d'établissement public) pour l'arrachage de la vigne concernée sur les mêmes parcelles,

○ Me soumettre à l'ensemble des contrôles administratifs et sur place qui pourraient résulter de l'octroi de l'aide suivant l'autorisation de commencer les travaux (ACT),

Fait à ..... le .....

Signature du propriétaire non-exploitant  
( Avec la mention « Lu et Approuvé » )