

Importe total solicitado al amparo de la convocatoria:

	€
--	---

Solicitud del anticipo, no superior al 50% del importe total (Señalar la que proceda)

SI NO

C.- DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA:

- Copia del D.N.I. / C.I.F. (**Salvo autorización a la Administración de la Comunidad de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos la comprobación de los datos de identidad personal.**)
- Copia de los estatutos de la entidad u otro medio válido en derecho, que acrediten que carece de ánimo de lucro.
- En los casos en los que la entidad beneficiaria gestione sus actividades de investigación mediante fundación legalmente constituida y solicite que la ayuda sea librada a favor de la misma, deberá aportar copia de la autorización para la percepción de dichos fondos, que será emitida por el responsable de la entidad beneficiaria o por autoridad superior en caso de que aquel no ostentara la competencia para dicha autorización, así como copia de sus Estatutos.
- Copia de la Resolución de concesión de ayuda del Instituto de Salud "Carlos III" correspondiente a cada uno de los investigadores para los que se solicite ayuda.
- Copia del contrato de trabajo suscrito entre cada investigador y el centro contratante.
- Resumen del proyecto de investigación en el que trabaja cada investigador contratado.
- Curriculum vitae de cada investigador o investigadores.

AUTORIZO a la Administración de la Comunidad de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos la información contenida en los documentos D. N. I. / C. I. F.: (señalar con X). SI NO . (**En el caso de haber marcado la opción NO, se deberán aportar los correspondientes documentos acreditativos.**)

Documentación justificativa que obra en poder de la Consejería de Sanidad desde hace menos de cinco años:

Documento.	Número de identificación del expediente, archivo o dirección electrónica que lo contiene.

D.- DECLARACIÓN RESPONSABLE

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

1º.- Que esta entidad No Si está incurso en prohibición para obtener la condición de beneficiario de subvenciones. (Señalar con una X la que proceda)

2º.- Que esta entidad No Si tiene pendientes obligaciones tributarias o frente a la Seguridad Social. (Señalar con una X la que proceda)

3º.- Que esta entidad No Si es deudora por resolución de procedencia de reintegro. (Señalar con una X la que proceda)

4º.- Que a la entidad le corresponde financiar para este año, por contrato, una vez excluida la cantidad que aporta el Instituto de Salud “Carlos III”, los importes y por los porcentajes señalados en el apartado B) de la solicitud.

5º.- Que la Entidad: (Señalar con una x la que proceda)

No ha recibido o recibe otras ayudas, subvenciones o recursos para la financiación de la parte del contrato de trabajo que corre a cargo de la entidad beneficiaria

Si ha recibido o recibe otras ayudas, subvenciones o recursos para la financiación de la parte del contrato de trabajo que corre a cargo de la entidad beneficiaria El importe señalado, en concurrencia con las otorgadas al amparo de esta convocatoria, no supera el coste total de la parte del contrato de trabajo que corre a cargo de la entidad

Entidad	Importe obtenido

6º.- Que son ciertos los datos relativos a la cuenta bancaria indicada.

7º.- Que son ciertos todos los datos consignados en la solicitud

8º.- Que la entidad dispone de la documentación que acredita los datos consignados en la solicitud y en esta declaración responsable, comprometiéndose a mantener su cumplimiento durante toda la tramitación del procedimiento de subvención, incluida la fase de justificación, en el supuesto de ser beneficiario o a notificar, en su caso, cualquier variación que pudiera producirse.

E.- LUGAR FECHA Y FIRMA DE LA SOLICITUD Y DE LA DECLARACIÓN RESPONSABLE

En _____, a ____ de _____ de _____

Fdo: _____
(Nombre y firma del representante legal de la entidad)

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado, y que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito dirigido a la CONSEJERÍA DE SANIDAD –DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA E INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN, Paseo Zorrilla, nº 1, 47007 Valladolid, utilizando al efecto los modelos normalizados mediante Orden PAT/175/2003.
Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA E INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN. Consejería de Sanidad. Paseo de Zorrilla, nº 1 (47007). VALLADOLID.