

ANEXO I

SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE CONGRESOS, SIMPOSIOS, JORNADAS O REUNIONES CIENTÍFICAS DE CARÁCTER SANITARIO A CELEBRAR EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN.

A.- DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre.	Primer apellido.	Segundo apellido.	N.I.F.

En representación de

Nombre/Razón Social.	C.I.F.

Domicilio a efectos de notificaciones

Vía:	Núm.:	Planta:	Puerta:
C. P.:	Provincia:	Localidad:	
Correo electrónico:	Teléfono móvil:		

Medio preferente a efectos de notificaciones: (señalar con x).

A través de correo ordinario.

A través de medios electrónicos.

Cuenta bancaria

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B.- DATOS DE LA ACTIVIDAD E IMPORTE QUE SE SOLICITA

Congreso, simposio, jornada o reunión científica de carácter sanitario

--

Coste:

Coste total de la Actividad	Aportación de la Entidad
€	€

Lugar de realización

Fecha de realización

Provincia:	Localidad:	F. Inicio:	F. Fin:
------------	------------	------------	---------

Importe solicitado al amparo de la convocatoria:

€

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.
- Memoria que justifique la utilidad de la acción o programa de salud a realizar, presupuesto detallado y equilibrado de ingresos y gastos por conceptos así como resumen de las últimas actividades realizadas por el solicitante en esa materia, según el modelo del Anexo II.

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 la entidad, en la sesión celebrada el día ____ de _____ de _____ adoptó el Acuerdo de solicitar a la Consejería de Sanidad una subvención en la forma señalada en el apartado B) de la solicitud.

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

No ha solicitado ni obtenido otra ayuda o subvención	
--	--

Si ha solicitado u obtenido otra ayuda o subvención		
Entidad	Importe solicitado	Importe obtenido
	€	€
	€	€
	€	€
	€	€

6º.- Que la entidad se compromete a realizar la actividad para la que solicita la subvención, poniendo a disposición de la Junta de Castilla y León los resultados de la misma.

7º.- Que son ciertos los datos relativos a la cuenta bancaria indicada.

8º.- Que son ciertos todos los datos consignados en la solicitud.

9º.- 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.