



ANEXO I

**SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE ACCIONES Y PROGRAMAS EN
MATERIA DE SALUD PÚBLICA EN LA COMUNIDAD DE CASTILLA Y LEÓN.
CONVOCATORIA 2010.**

Código IAPA: n.º 1485 Modelo: n.º 1116

Solicitante

Nombre.	Primer apellido.	Segundo apellido.	D.N.I.

En representación de

Nombre/Razón Social	C.I.F.

Domicilio a efectos de notificaciones

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

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

- Correo ordinario. Correo electrónico.

EXPONE:

Que el solicitante es titular de la siguiente cuenta bancaria

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

Que va a realizar la siguiente acción o programa en materia de salud pública en la Comunidad de Castilla y León:

--

Para lo que SOLICITA una subvención de _____ Euros.

A la presente solicitud, se ACOMPAÑA la siguiente documentación:

- Documento Nacional de Identidad y Código de Identificación Fiscal.

Autorización 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.



Junta de Castilla y León

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública e Investigación,
Desarrollo e Innovación

Código APA: n.º 1485 Modelo: n.º 1116

- Acreditación, mediante la presentación de los estatutos u otro medio válido en derecho, de que la entidad solicitante carece de ánimo de lucro.
- Certificado suscrito por el secretario de la entidad solicitante, según modelo del Anexo II.
- 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 III.
- Declaración responsable de no hallarse incurso en ninguna de las prohibiciones establecidas en el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, conforme al modelo del Anexo IV.
- Declaración responsable de encontrarse al corriente del cumplimiento de las obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social, conforme al modelo del Anexo V.
- Declaración responsable a cerca de la veracidad de los datos consignados en la solicitud y relativos a la titularidad de una cuenta bancaria, conforme al modelo del Anexo VI.
- 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.

Los documentos deben ser originales o copias debidamente compulsadas, excepto cuando el procedimiento pueda iniciarse telemáticamente, cuando la Administración pueda comprobarlos por técnicas telemáticas o cuando la documentación justificativa obre en poder de esta Administración Autonómica desde hace menos de cinco años, en cuyo caso el interesado deberá hacer constar el archivo, base de datos o fondo documental donde aparece.

En _____, a ___ de _____ de _____

Firma.

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.



ANEXO II

**CERTIFICADO EXPEDIDO POR EL SECRETARIO DE LA ENTIDAD SOLICITANTE.
CONVOCATORIA 2010.**

Código IAPA: n.º 1485 Modelo: n.º 1116

Nombre.	Primer apellido.	Segundo apellido.	D.N.I.

En calidad de secretario de la entidad

CERTIFICO:

1º. Que en la sesión celebrada por esta entidad el día ____ de _____ de _____ se adoptó el acuerdo de solicitar a la Consejería de Sanidad una subvención cuya FINALIDAD, COSTE y FECHA DE EJECUCIÓN a continuación se indican:

a) Finalidad:

b) Coste:

Coste total de la actividad	Aportación de la entidad	Aportación solicitada
€	€	€

c) Fecha de ejecución: _____

2º. Otras ayudas o subvenciones solicitadas o concedidas para la misma finalidad:

3º. Compromiso de realización de la actividad para la que se solicita la subvención, poniendo a disposición de la Junta de Castilla y León los resultados de la misma.

En _____ a ____ de _____ de _____

EL SECRETARIO
Firma



ANEXO III

**MEMORIA DE LA ACTIVIDAD O PROGRAMA A DESARROLLAR.
CONVOCATORIA 2010.**

Código IAPA: n.º 1485 Modelo: n.º 1116

<u>ENTIDAD SOLICITANTE:</u>
<u>ACCIÓN O PROGRAMA A DESARROLLAR:</u>
<u>UTILIDAD DE LA ACCIÓN/PROGRAMA DE SALUD</u>
<u>DESCRIPCIÓN DE LA ACCIÓN O PROGRAMA A DESARROLLAR</u>
OBJETIVOS
POBLACIÓN DIANA
LUGAR/ÁMBITO DE ACTUACIÓN
CRONOGRAMA DE LA ACTUACIÓN
ACTIVIDADES A DESARROLLAR
INDICADORES DE EVALUACIÓN

SE PUEDE ADJUNTAR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE CONSIDERÉ oportuna



ANEXO III (continuación)

Presupuesto (detallado y equilibrado)

INGRESOS		GASTOS	
Aportación Entidad Titular	€	PERSONAL	€
Aportación Junta de Castilla y León	€	TRANSPORTE	€
Aportaciones Entidades Privadas	€	SERVICIOS	€
Subvenciones o ayudas de otros Organismos o Administraciones	€	OTROS GASTOS	€
Otros Ingresos (detallar)	€		€
	€		€
	€		€
	€		€
TOTAL	€	TOTAL	€

GASTOS PARA LOS QUE SE SOLICITA SUBVENCIÓN

Conceptos	Importe solicitado

Relación de últimas actividades semejantes realizadas:

En _____ a ___ de _____ de _____

EL SECRETARIO
Firma

Código IPA: n.º 1485 Modelo: n.º 1116



ANEXO IV

**DECLARACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN PROHIBICIONES PARA OBTENER LA
CONDICIÓN DE BENEFICIARIO DE SUBVENCIONES. CONVOCATORIA 2010.**

D. /D^a. con DNI. núm
en calidad de de la entidad
..... a los
efectos de poder ser beneficiario de las subvenciones convocadas por Orden de la
Consejería de Sanidad, para la realización de acciones y programas en materia de salud
pública en la Comunidad de Castilla y León,

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que la mencionada entidad no está incurso en ninguna de las prohibiciones para
obtener la condición de beneficiario de subvenciones reseñadas en el artículo 13 de la Ley
38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.

En _____ a ____ de _____ de _____

Firma.



ANEXO V

DECLARACIÓN DE ENCONTRARSE AL CORRIENTE DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES TRIBUTARIAS Y FRENTE A LA SEGURIDAD SOCIAL Y DE NO SER DEUDOR POR RESOLUCIÓN DE PROCEDENCIA DE REINTEGRO. CONVOCATORIA 2010.

D. /D^a. con DNI. núm
en calidad de de la entidad
..... a los
efectos de poder ser beneficiario de las subvenciones convocadas por Orden de la
Consejería de Sanidad, para la realización de acciones y programas en materia de salud
pública en la Comunidad de Castilla y León,

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que la mencionada entidad está al corriente del cumplimiento de las obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social y no ser deudor por resolución de procedencia de reintegro, conforme a lo establecido en el artículo 6 del Decreto 27/2008, de 3 de abril, por el que se regula la acreditación del cumplimiento de las obligaciones tributarias y frente a la seguridad social, en materia de subvenciones.

En _____ a ____ de _____ de _____

Firma.



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad
Dirección General de Salud Pública e Investigación,
Desarrollo e Innovación

ANEXO VI

DECLARACION RESPONSABLE ACERCA DE LA VERACIDAD DE LOS DATOS RELATIVOS A LA CUENTA BANCARIA. CONVOCATORIA 2010.

D. /D^a. con DNI. núm
en calidad de de la entidad
..... a los
efectos de poder ser beneficiario de las subvenciones convocadas por Orden de la
Consejería de Sanidad, para la realización de acciones y programas en materia de salud
pública en la Comunidad de Castilla y León,

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que son ciertos los datos consignados en mi solicitud y relativos a la cuenta bancaria
indicada en la misma.

En _____ a ____ de _____ de _____

Firma.