

ANEXO I

(Organismos públicos de investigación, Organismos Autónomos, Entidades públicas, Universidades, Fundaciones, entidades privadas sin ánimo de lucro)

SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN BIOMEDICINA, GESTIÓN SANITARIA Y ATENCIÓN SOCIO SANITARIA DE UNO O DOS AÑOS DE DURACIÓN.

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

Que prevé realizar proyecto de investigación en materia de (Señalar con una x la que proceda):

- biomedicina 1año
 biomedicina 2años
 gestión sanitaria
 atención sociosanitaria,

Denominación del proyecto:

--

Importe solicitado al amparo de la convocatoria:

	€
--	---

Desglose

CONCEPTO	PRIMER AÑO	SEGUNDO AÑO
Personal	€	€
Material inventariable	€	€
Material fungible, asistencias técnicas, prestación de servicios y difusión de resultados	€	€

CONCEPTO	PRIMER AÑO	SEGUNDO AÑO
Viajes y Dietas	€	€
Residuos Tóxicos	€	€
Otros	€	€

Dicho proyecto que será desarrollado por el personal que seguidamente se relaciona en el Anexo III, será dirigido o coordinado por:

Nombre.	Primer apellido.	Segundo apellido.	N.I.F.
Teléfono:	Fax:	Correo electrónico:	

C.- DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA:

C.1.- Documentación a presentar por todos los solicitantes

- 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 solicitante.
- Curriculum vitae de cada investigador.
- Memoria, conforme al Anexo III.

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.**)

C.2.- Documentación a presentar adicionalmente cuando el solicitante es Administración Pública

- .- Certificación del órgano competente, de que en los procesos para la provisión de puestos de trabajo se ha realizado la correspondiente reserva legal para su cobertura por personas con discapacidad.

C.3.- Documentación a presentar adicionalmente cuando la solicitud se presenta en papel

- Copia en soporte informático de la presente solicitud, la memoria, el presupuesto y el curriculum vitae de cada investigador.

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.- (A CUMPLIMENTAR SÓLO POR QUIENES NO SEAN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA)
Que respecto al cumplimiento de la normativa sobre integración laboral de personas con discapacidad, esta entidad se encuentra:

sujeta a la normativa y cuenta con _____ trabajadores con discapacidad, lo que representa el _____ % de la plantilla.

no sujeta.

exenta por resolución de _____, de fecha _____.

5º.- Que son ciertos los datos relativos a la cuenta bancaria indicada.

6º.- Que son ciertos todos los datos consignados en la solicitud.

7º.- 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, hasta la resolución de concesión y 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: _____ Fdo: _____
(Nombre y firma del representante legal de la entidad) (Nombre y firma del I.P.)

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.