

ANEXO V

(Organismos públicos de investigación, Organismos Autónomos, Entidades Públicas, Universidades, Fundaciones, Entidades Privadas sin Ánimo de Lucro)

DECLARACIÓN RESPONSABLE A EFECTOS DE JUSTIFICAR LA SUBVENCIÓN CONCEDIDA

A.- DATOS DEL DECLARANTE

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

En representación de

Nombre/Razón Social.	C.I.F.

B.- DATOS DE LA ACTIVIDAD E IMPORTE CONCEDIDO

Proyecto de Investigación

--

Importe concedido al amparo de la convocatoria:

	€
--	---

C.- 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 se han aplicado los fondos concedidos por la subvención objeto de esta convocatoria al proyecto subvencionado

5.- (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 _____

6º.- Que la Entidad: (Señalar con una x la que proceda)

No ha obtenido otra ayuda o subvención, ni ha financiado el proyecto con fondos propios.	
--	--

Que ha financiado el proyecto con fondos propios	
Importe de la financiación propia	€

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

Que las ayudas obtenidas o/y la financiación propia no superan el coste del proyecto	
--	--

7º.- Que la entidad dispone de la documentación que acredita los datos consignados en esta declaración responsable

D.- LUGAR FECHA Y FIRMA DE LA DECLARACIÓN RESPONSABLE

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**