



**ANEXO I**

**SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA COFINANCIAR LA CONTRATACIÓN DE  
INVESTIGADORES. CONVOCATORIA 2010.**

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 contratar investigadores en el marco de la política de I+D+I de la Junta de Castilla y León, por lo que SOLICITA una subvención para la cofinanciación de los contratos de los investigadores relacionados a continuación, por el importe que se indica en cada caso:

Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Ayuda solicitada
			€
			€
			€
			€

Código IAPA: n.º 1487 Modelo: n.º 1118



# Junta de Castilla y León

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

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. cuya obligación de aportar queda suprimida al amparo de lo dispuesto en el Decreto 23/2009 de 26 de marzo, por el que se aprueban determinadas medidas de simplificación documental en los procedimientos administrativos: (señalar con X)

SI  NO

En el caso de haber marcado la opción NO, se deberán aportar los correspondientes documentos acreditativos.

- Documentación exigida en la base quinta de la Orden de convocatoria.
- 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.

Solicitud de anticipo no superior al 50 % del importe total: si  no

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.**

Código IAPA: n.º 1487 Modelo: n.º 1118



## ANEXO II

### **DECLARACIÓN DE NO ESTAR INCURSO EN PROHIBICIONES PARA OBTENER LA CONDICIÓN DE BENEFICIARIO DE SUBVENCIONES CONVOCADAS POR LA CONSEJERÍA DE SANIDAD. CONVOCATORIA 2010.**

D. /D<sup>a</sup>. ..... 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 cofinanciar la contratación de investigadores por  
entidades de investigación sanitaria sin ánimo de lucro, en el marco de la política de  
I+D+I de la Junta 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 III**

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

D. /D<sup>a</sup>. ..... con D.N.I. núm.....  
en calidad de ..... de la entidad  
..... a los efectos  
de poder ser beneficiaria de las subvenciones convocadas por Orden de la Consejería de Sanidad, por la que se convocan subvenciones para cofinanciar la contratación de investigadores por entidades de investigación sanitaria sin ánimo de lucro, en el marco de la política de I+D+I de la Junta 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



**ANEXO IV**

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

D. /D<sup>a</sup>. .....con D.N.I. 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, por la que se convocan subvenciones para cofinanciar la  
contratación de investigadores por entidades de investigación sanitaria sin ánimo de  
lucro, en el marco de la política de I+D+I de la Junta 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.