

Firmante:

Fecha:

**PROCEDIMIENTO:** 2258 - **Subvenciones dirigidas a Fundaciones y Asociaciones de pacientes y familiares de pacientes, que desarrollen en la Región de Murcia programas de prevención de la enfermedad, ayuda mutua y autocuidado para enfermos crónicos**

**TRÁMITE:** DI005

**REALIZA LA PRESENTACIÓN**

**Representante**

|  |
| --- |
| **DATOS DEL REPRESENTANTE** |
| **Nombre** | **Primer Apellido Segundo Apellido** |
| **NIF** |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DE NOTIFICACIÓN** |
| Los actos y resoluciones administrativos que se deriven de la tramitación de esta solicitud serán notificados electrónicamente por **Dirección Electrónica Habilitada DEH**, conforme al artículo 14.2 de la Ley 39/2015 (personas jurídicas, entidades sin personalidad jurídica, profesionales colegiados, empleados públicos y personas que los representen).Pueden acceder a las notificaciones DEH en https://notificaciones.060.es o en carpeta ciudadana https:// sede.administracion.gob.es/carpeta/ |
| Además de los avisos de notificación que se realicen desde DEH, puede indicarnos una dirección de correo electrónico y/o un nº de teléfono móvil para que se le avise cuando se le envíen nuevas notificaciones. |
| **Email****Teléfono móvil** |

|  |
| --- |
| **CERTIFICADOS** |
| En aplicación del artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el órgano administrativo competente consultará o recabará por medios electrónicos, los datos relacionados a continuación, salvo que se oponga a la consulta. |
|  **Me OPONGO a la consulta de: Consulta de Datos de Identidad** |
|  **Me OPONGO a la consulta de: Consulta de estar al corriente de pago de obligaciones con la Seguridad Social** |
|  **Me OPONGO a la consulta de: Certificados de actos inscribibles al registro de asociaciones de la CARM** |
|  **Me OPONGO a la consulta de: Certificado de estar al corriente de pago de obligaciones tributarias para percibir ayudas y subvenciones de la CCAA** |
| Asimismo, autoriza la consulta de los datos tributarios, excepto que expresamente no autorice la consulta. |
|  **NO AUTORIZO la consulta de datos tributarios de: Estar al corriente de pago de las obligaciones tributarias para solicitud de ayudas y subvenciones.** |
| En el caso de NO AUTORIZACIÓN o de OPOSICIÓN a que el órgano administrativo competente consulte u obtenga los mencionados datos y documentos, deberá manifestarlo expresamente marcando la casilla correspondiente, QUEDANDO OBLIGADO A APORTARLOS al procedimiento junto a esta presentación. |

|  |
| --- |
| **DOCUMENTOS ADJUNTOS A LA PRESENTACIÓN** |
| **Anexos aportados en la presentación** |
| **Anexo 1: Descripción de la actuación que se pretende realizar****BORRADOR**Nombre archivo: Identificador:Huella digital (SHA-256): |
| **Anexo 2: Certificado de cuenta bancaria**Nombre archivo: |



**BORRADOR**

Firmante:

Fecha:

|  |
| --- |
| Identificador:Huella digital (SHA-256): |
| **Anexo 3: Documentación acreditativa**Nombre archivo: Identificador:Huella digital (SHA-256): |
| **Anexo 4: Documentación acreditativa**Nombre archivo: Identificador:Huella digital (SHA-256): |
| **Anexo 5: Documentación acreditativa**Nombre archivo: Identificador:Huella digital (SHA-256): |
| **Anexo 6: Documentación acreditativa**Nombre archivo: Identificador:Huella digital (SHA-256): |
| **Anexo 7: Documentación acreditativa**Nombre archivo: Identificador:Huella digital (SHA-256): |
| **Anexo 8: Documentación acreditativa**Nombre archivo: Identificador:Huella digital (SHA-256): |
| **Anexo 9: Documentación acreditativa**Nombre archivo: Identificador:Huella digital (SHA-256): |
|  **Acreditación de la representación del interesado** |
| **Anexo 1: Escritura de apoderamiento o poder de representación**Nombre archivo: Identificador: Huella digital (SHA-256): |



**BORRADOR**

Firmante:

Fecha:

# CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 2258 SOLICITUD DE SUBVENCIÓN CONCURRENCIA

|  |
| --- |
| **1. DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** |
| Nombre de la Entidad: | CIF/NIF: |
| Domicilio: |
| Provincia: | Localidad: | Código postal: |
| Télefono: | Correo Electrónico: |
| Nº de Asociados: | Nº Voluntarios: |
| **2. DATOS DEL REPRESENTANTE** |
| Apellidos y nombre: | NIF: |
| Título de la representación: |
| **3. DATOS BANCARIOS** |
| Banco / Caja / Sucursal: | Código IBAN: |
| **4. PROYECTO A DESARROLLAR** |
| Denominación del proyecto a desarrollar: |
| Coste total del proyecto: | Subvención solicitada: |
| Solicita / Expone: |
| **5. FINES INSTITUCIONALES** |
| Fines Institucionales: |
| **6. DECLARACIÓN RESPONSABLE** |
| Declaro:* Que no me encuentro incurso en ninguna de las circunstancias establecidas en el apartado 2 del

artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones a efectos de obtener lacondición de beneficiario de subvenciones públicas.* Que me hallo al corriente en mis obligaciones Tributarias y frente a la Seguridad Social, de acuerdo

con lo previsto en los artículos 14.1 e) y 34 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General deSubvenciones, y artículo 11 de la Ley 7/2005, de 18 de noviembre, de Subvenciones de la ComunidadAutónoma de la Región de Murcia. |

**SERVICIO MURCIANO DE SALUD**