**DEVOLUCIÓN VOLUNTARIA SUBVENCIONES**

**EUROEMPLEO SALUD MENTAL (FSE PO Regional 2014-2020)**

**DATOS ENTIDAD**

…………………………………. (indicar nombre y apellidos de la persona representante), con DNI………….., como persona representante de la entidad ………………………….. **(**indicar nombre de la Asociación o entidad).

**EXPONE:**

Que mediante Resolución del Gerente del Servicio Murciano de Salud, de fecha. ………….. se me concede una subvención por importe……………. XXXX € (indicar nº expediente completo), convocada por Resolución XXXX (indicar convocatoria), en el marco del Programa EUROEMPLEO SALUD MENTAL, cofinanciado por el Fondo Social Europeo (Programa Operativo Regional 2014-2020), al siguiente Programa/Subprograma (marcar el que corresponda):

* **Programa 1.** Inserción laboral de personas con enfermedad mental y/o drogodependencia en proceso de recuperación en el mercado ordinario.

* **Programa 2.** Inserción laboral de personas con enfermedad mental y/o drogodependencia en proceso de recuperación en el mercado protegido:

* **Subprograma 2.1**. **Empresas con más del 50% de personas del colectivo de referencia, especialmente empresas de inserción**:

a) Subvención a la contratación laboral.

b) Asistencia técnica.

c) Gastos necesarios para el desarrollo de la actividad.

* **Subprograma 2.2. Centros Especiales de Empleo:**

* + Subvención contratación laboral.
* **Programa 3.** Establecimiento de personas con enfermedad mental y/o drogodependencia en proceso de recuperación como trabajadores autónomos

* **Programa 4.** Acciones de acompañamiento, búsqueda de empleo, apoyo y seguimiento en el puesto de trabajo, de personas con enfermedad mental en proceso de recuperación:

**Subprograma 4.1**.- Ayudas para la contratación de insertores.

**Subprograma 4.2**.- Ayudas para asistencia a actividades de formación en empresas.

**Subprograma 4.3.-** Ayudas para medidas de conciliación.

**Subprograma 4.4.-** Acciones de sensibilización y difusión.

* **Programa 5. Creación de redes.**

En virtud de la citada subvención se ha formalizado la siguiente ꙱contratación/꙱actividad formativa (marcar):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y DNI Persona Trabajadora/En Formación** | **Inicio contrato/acción formativa** | **Fin contrato/acción formativa** | **Importe subvención €** |
|  |  |  |  |

No obstante, (EXPLICAR MOTIVO DE LA BAJA ANTES DE QUE FINALICE EL PERIODO SUBVENCIONADO), por lo que falta ejecutar la subvención por un periodo de …………….. xxxxx (indicar días/meses no ejecutados) y procede REALIZAR DEVOLUCIÓN VOLUNTARIA DE LA PARTE DE LA SUBVENCIÓN POR EL TEMPO NO EJECUTADO (indicar importe proporcional a devolver, calcular con una simple regla de tres, importe total subvención por el número de días subvencionados), conforme se desglosa en la siguiente tabla:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y DNI Persona Trabajadora/En Formación** | **Fin contrato/acción formativa** | **Días pendientes de contrato/acción formativa hasta fin de periodo subvencionado** | **Importe subvención a devolver** |
|  |  |  |  |

Por ello, se ha procedido a DEVOLVER el importe de (indicar nuevamente el importe a devolver) mediante transferencia bancaria al siguiente nº de cuenta bancaria:

CAIXABANK ES98 2100 2931 9913 0092 0246

CONCEPTO: RESOLUCIÓN DEL DR. GERENTE (indicar fecha de la resolución de concesión)

BENEFICIARIO: CONSEJERÍA DE SALUD DE LA REGIÓN DE MURCIA

**Y SE SOLICITA:** Que se acepte la referida devolución voluntaria de la subvención no ejecutada, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 90 del Real Decreto 887/2006, de 21 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 39/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, y se aporte al expediente la documentación que se adjunta.

**SE ADJUNTA** (a través de SEDE ELECTRÓNICA CARM Procedimiento 2305)**:**

- Escrito Devolución voluntaria subvención.

-Justificante bancario devolución por la parte de la subvención no ejecutada.

-Justificante tiempo ejecutado y pago realizado a persona trabajadora/que realiza la acción formativa (vida laboral o días asistencia acción formativa, y pago a persona trabajadora).

**En Murcia, a ------ de -------------de 20----**

(**Firma persona representante y sello Asoc. o entidad**)