



DECLARACIÓN RESPONSABLE

AYUDAS Y BECAS que se han solicitado hasta la fecha, con idéntica finalidad formativa, con indicación de las efectivamente concedidas, así como de su cuantía y período de disfrute.

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
NOMBRE		DNI/ PASAPORTE	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DOMICILIO PARTICULAR calle, numero, piso, letra		C.P.	PROVINCIA / MUNICIPIO / PAÍS
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO		
Fijo: <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Móvil: <input type="text"/>	<input type="text"/>		

HE SOLICITADO Y SE ME HAN CONCEDIDO BECAS CON IDÉNTICA FINALIDAD FORMATIVA

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No
--------------------------	----	--------------------------	----

BECAS CONCEDIDAS:

DENOMINACIÓN	ORGANISMO CONCEDENTE	CUANTÍA	PERÍODO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

El abajo firmante declara bajo su responsabilidad:

LUGAR, FECHA Y FIRMA

....., a de de 2024.