

**FORMULARIO NO VÁLIDO PARA PRESENTACIÓN**

Firmante:

Fecha:

**PROCEDIMIENTO:** 3397 - Subvenciones a conceder directamente por el Servicio Murciano de Salud por estar previsto nominativamente en la vigente Ley de Presupuestos Generales de la CARM, las impuestas por normas de rango legal y otras de carácter excepcional (artículo 22.2 Ley 38/2003 de 17 de noviembre, General de Subvenciones)

**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** |
| 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 del cumplimiento de las obligaciones tributarias con la CARM y de estar al corriente de las obligaciones tributarias en la Agencia Estatal de Administración Tributaria.** |
| 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: Certificación**  Nombre archivo: Identificador:  Huella digital (SHA-256): |
| **Anexo 2: Proyecto**  Nombre archivo: |



**FORMULARIO NO VÁLIDO PARA PRESENTACIÓN**

Firmante:

Fecha:

|  |
| --- |
| Identificador:  Huella digital (SHA-256): |
| **Anexo 3: Proyecto**  Nombre archivo: Identificador:  Huella digital (SHA-256): |
| **Anexo 4: Declaración sobre otras ayudas económicas**  Nombre archivo: Identificador:  Huella digital (SHA-256): |
| **Anexo 5: Certificado**  Nombre archivo: Identificador:  Huella digital (SHA-256): |
| **Anexo 6: Declaración**  Nombre archivo: Identificador:  Huella digital (SHA-256): |



**FORMULARIO NO VÁLIDO PARA PRESENTACIÓN**

Firmante:

Fecha:

# CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO: 3397 SOLICITUD DE SUBVENCIÓN DIRECTA

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** | | | | | |
| Nombre de la Entidad: | | | | CIF: | |
| Domicilio: | | | | | |
| Provincia: | | Localidad: | | | Código postal: |
| Télefono: | Correo Electrónico: | | | | |
| **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: | | | | | |

**SERVICIO MURCIANO DE SALUD**