



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

SUBVENCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD A INSTITUCIONES SIN ÁNIMO DE LUCRO, CORPORACIONES LOCALES Y OTROS ENTES PÚBLICOS

Orden de de de (BOJA nº de fecha) **EJERCICIO:**

1 DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL											
DENOMINACIÓN							CIF				
DOMICILIO											
TIPO VÍA		NOMBRE					Nº	BLOQUE	ESC	PISO	PUERTA
LOCALIDAD						PROVINCIA		C. POSTAL			
TELÉFONO			FAX		CORREO ELECTRÓNICO						
APELLIDOS Y NOMBRE DEL ALCALDE/SA-PRESIDENTE/A O REPRESENTANTE LEGAL							DNI/NIF				
EN CALIDAD DE											
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN											
TIPO VÍA		NOMBRE					Nº	BLOQUE	ESC	PISO	PUERTA
LOCALIDAD						PROVINCIA		C. POSTAL			
TELÉFONO			FAX		CORREO ELECTRÓNICO						

2 DATOS DE LA ACTIVIDAD	
2.1.- CONCEPTO SUBVENCIONABLE (marcar sólo un concepto):	
<input type="checkbox"/> Fomento y divulgación mediante jornadas, congresos y encuentros de avances tecnológicos, de avances científicos y de la mejora de los sistemas de gestión en materia sanitaria. <input type="checkbox"/> Fomento de la realización de proyectos de intervención que contribuyan a la mejora de la equidad en salud. <input type="checkbox"/> Fomento de la investigación en áreas temáticas de excelencia en biomedicina. <input type="checkbox"/> Fomento de actividades de formación, de investigación e innovación en metodologías docentes en Salud de interés para el Sistema Sanitario.	<input type="checkbox"/> Fomento de la empresa saludable y la potenciación del sector empresarial sanitario. <input type="checkbox"/> Fomento de líneas de excelencia en innovación y tecnologías de la información y la comunicación aplicada a la salud. <input type="checkbox"/> Gestión de investigación de excelencia en tabaquismo. <input type="checkbox"/> Gestión e investigación en farmacovigilancia. <input type="checkbox"/> Impulso de iniciativas para la seguridad del paciente.
2.2.- ACTIVIDAD PROYECTADA:	
2.3.- PLAZO DE EJECUCIÓN: Fecha de inicio: Fecha de terminación:	
2.4.- PRESUPUESTO TOTAL: € 2.5.- IMPORTE SOLICITADO: €	

3 DOCUMENTACIÓN ADJUNTA
<input type="checkbox"/> Proyecto de actividades a realizar firmado por el/la representante legal de la entidad conforme a lo establecido en el Anexo II.

4 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su CONSENTIMIENTO para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Identidad. <input type="checkbox"/> NO CONSIENTE , y se compromete a aportar fotocopia autenticada del DNI/NIE a requerimiento de la Administración.

5 AUTORIZACIÓN EXPRESA
<input type="checkbox"/> La persona solicitante AUTORIZA, como medio de notificación preferente, la notificación telemática en la dirección de correo electrónico recogida en la presente solicitud (plataforma @Notifica de la Junta de Andalucía). (Para ello deberá disponer del certificado de firma electrónica reconocida).



0 0 0 3 4 0 7 4 B



6	DATOS BANCARIOS																																						
Código Entidad	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						Código Sucursal	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>						Dígito Control	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>			Nº Cuenta	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																				
Entidad:																																							
Domicilio:																																							
Localidad: Provincia: C. Postal:																																							

7	SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA		
<p>La persona abajo firmante DECLARA, bajo su expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta, y que la entidad solicitante:</p> <p><input type="checkbox"/> No ha solicitado ni obtenido subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionada con esta solicitud.</p> <p><input type="checkbox"/> Ha solicitado y/u obtenido otras subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionada con esta solicitud, procedentes de cualesquiera Administraciones o entes públicos o privados, nacionales o internacionales.</p>			
Solicitadas			
Fecha / Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	€
.....	€
.....	€
.....	€
Concedidas			
Fecha / Año	Otras Administraciones / Entes públicos o privados, nacionales o internacionales	Importe	€
.....	€
.....	€
.....	€
<p><input type="checkbox"/> No se encuentra incurso en ninguna de las prohibiciones para ser persona beneficiaria, establecidas en la Orden de regulación de estas subvenciones.</p> <p><input type="checkbox"/> Comunicará al órgano competente de la Consejería de Salud, los resultados obtenidos como consecuencia de la actividad subvencionada, de conformidad con lo establecido en la Orden de regulación.</p> <p><input type="checkbox"/> Autoriza su inclusión en una lista de beneficiarios, de conformidad con lo establecido en el artículo 7 del Reglamento (CE) N° 1828/2006, de la Comisión, de 8 de diciembre de 2006.</p>			
<p>Se COMPROMETE a cumplir las obligaciones y requisitos exigidos por las normas de aplicación y expresamente:</p> <p><input type="checkbox"/> A aportar los documentos acreditativos a requerimiento del órgano competente.</p> <p>Los documentos relacionados en el artículo 6.4, letras, y artículo 6.6, letras, ya constan en poder de la Administración los cuales fueron presentados con fecha para el procedimiento</p>			
<p>SOLICITA la concesión de la ayuda por importe de €</p>			
<p>En a de de</p> <p style="text-align: center;">EL/LA REPRESENTANTE LEGAL</p>			
<p>Fdo.:</p>			

EXCMO/A. SR/A. CONSEJERO/A DE SALUD.

PROTECCIÓN DE DATOS
<p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la adecuada tramitación de las subvenciones.</p> <p>De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud, Avda. de la Innovación, S/N Edificio Arena, 1. 41020-Sevilla.</p>

La presentación de esta solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, por la Tesorería General de la Seguridad Social y por la Consejería de Economía y Hacienda de la Junta de Andalucía, que sean requeridas por la Orden de convocatoria, de acuerdo con el artículo 31.2 de la Ley 3/2004, de 28 de diciembre de Medidas Tributarias, Administrativas y Financieras.

000340/4D