**ANEXO III**

|  |
| --- |
| **PROGRAMA DE COLABORACIÓN ECONÓMICA MUNICIPAL DEL SERVICIO DE TELEATENCION DOMICILIARIA A PERSONAS MAYORES RESIDENTES EN ENTIDADES LOCALES DE EXTREMADURA DE MENOS DE 1.000 HABITANTES**  **CERTIFICACIÓN DE INGRESOS, GASTOS Y PAGOS**  **AYUNTAMIENTO DE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **INTERVENCIÓN DE LA ENTIDAD U ÓRGANO QUE TENGA ATRIBUIDAS LAS FACULTADES DE LA TOMA DE RAZÓN EN CONTABILIDAD** | | | | |
| NOMBRE | | | | CARGO | |
| NOMBRE DE LA ENTIDAD | | | | N.I.F. | |
| **2** | **TIPO DE PROGRAMA DE TELEATENCIÓN REALIZADO** | | | | |
|  | | | | | |
| **CERTIFICO:** Que en relación al Programa de Colaboración Económica Municipal regulado mediante el Acuerdo……………………………………., el Ayuntamiento de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para prestar el programa de teleatención domiciliaria de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,:   * Ha recibido ingresos por importe de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, procedentes de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Ha comprometido gastos por importe de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Ha reconocido obligaciones por importe de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * Ha efectuado pagos por importe de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |  |
| **3** | **DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA** | | | | |
|  | |  | | | |
| **DECLARO** que son ciertos cuantos datos figuran en la presente **CERTIFICACIÓN**.  En, ............................................................a ...............de ..................................de 20\_\_ | | | | | |
| Vº Bº de la persona que ostente la Alcaldía  Fdo: | | | Firma de la Intervención u órgano que tenga atribuidas las facultades de la toma de razón en contabilidad    Fdo.: | | |

**CONSEJERÍA DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES**