###### ANEXO I

**SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA PROGRAMAS DE**

**INTERVENCIÓN DE CONDUCTAS ADICTIVAS**

(Se han de cumplimentar todos los apartados)

RESERVADO A LA ADMINISTRACIÓN

(Sello de entrada)

**Solicitante:**

**Provincia:**

**Fecha de entrada:**

**Expediente Número:**

**1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD SOLICITANTE.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo: | | | | | | C.I.F.: |
| Siglas de la Entidad: | | | | | | |
| Nº del registro Unificado de Asociaciones: | | | | | | |
| Domicilio a efectos de notificaciones: | | | | | | |
| Tfno.: |  | Fax: |  | E-Mail |  | |
| Población: | | | | Provincia: | | |
| Código Postal: | | | | | | |

**2. DATOS BANCARIOS** (en caso de estar dado de alta según art. 12c) del Decreto de las bases).

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Entidad Financiera: | | | | | | | | | | | | | Sucursal: | | | | | | | | | | | | |
| IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

En caso de no estar dado de alta se podrá adjuntar el documento de alta de terceros debidamente cumplimentado (artículo 12c) del Decreto regulador de bases).

**3. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD SOLICITANTE.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Apellidos: | Nombre: | |
| D.N.I.: | | Código Postal: |
| Población: | | Provincia: |
| Relación con la entidad para la que solicita ayuda: | | |

**4. PROGRAMA PARA EL QUE SE PRESENTA SOLICITUD.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominación del programa | Coste total | Importe solicitado |
|  |  |  |

**5. RENUNCIO A LA SUBVENCIÓN EN EL CASO DE QUE NO SE FINANCIE EL 80% DE LA CANTIDAD SOLICITADA (Señalar con una X lo que proceda).**

|  |
| --- |
|  Sí Renuncio   No Renuncio y Financio con fondos propios o ajenos   No Renuncio y Adapto el proyecto presentado a la cuantía otorgada |

**6. CONSENTIMIENTO.**

**** PRESTO MI CONSENTIMIENTO /  NO PRESTO MI CONSENTIMIENTO para que mis datos de identidad personal sean consultados en archivos, bases de datos u otros fondos documentales o mediante los servicios ofrecidos por el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas como prestador del Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI).

En caso de no prestar el consentimiento, quedará obligado a aportar copia compulsada del documento o tarjeta de identidad

**7. AUTORIZACIONES.**

La presentación de la solicitud conllevará la autorización al órgano gestor para recabar las certificaciones a emitir por la Agencia Estatal de Administración Tributaria, la Tesorería General de la Seguridad Social y por la Consejería de Hacienda y Administración Pública, salvo denegación expresa indicada a continuación:

 NO AUTORIZO a la Dirección General de Salud Pública a obtener directamente los datos que acrediten que el solicitante se encuentra al corriente de sus obligaciones tributarias con la Agencia Estatal de Administración Tributaria.

 NO AUTORIZO a la Dirección General de Salud Pública a obtener directamente los datos que acrediten que el solicitante se encuentra al corriente de sus obligaciones tributarias con la Tesorería General de la Seguridad Social.

 NO AUTORIZO a la Dirección General de Salud Pública a obtener directamente los datos que acrediten que el solicitante se encuentra al corriente de sus obligaciones tributarias con la Hacienda Autonómica.

En caso de no autorizar, deberá aportar, junto a esta solicitud, las correspondientes certificaciones administrativas en vigor en soporte papel, expedidas por los órganos competentes.

**8. DECLARO.**

1. Todos los datos contenidos en esta solicitud y los documentos que se acompañan se ajustan a la realidad.

2. Que las actividades a que se refiere esta solicitud no son subvencionadas por otras entidades en más de un 100%.

3. Que la entidad que represento no está incursa en las prohibiciones reguladas en los apartados 2 y 3 del artículo 12 de la Ley 6/2011.

4. Que la entidad que represento cuenta con la autorización administrativa exigida en el artículo 36.2 del Decreto de bases reguladoras

**9.DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA A LA SOLICITUD.**

* Copia compulsada DNI (en su caso)
* Copia compulsada de los Estatutos de la Entidad.
* Acreditación de la condición de representante legal del solicitante.
* Copia compulsada de la Tarjeta de identificación fiscal.
* Descripción del programa según Anexo II de la orden de convocatoria
* El solicitante podrá acompañar el alta de tercero o, en su caso, indicar el código IBAN de la cuenta en la que desea que se efectúe el ingreso de acuerdo con lo previsto en el artículo 12 c) del Decreto regulador de las bases.
* Certificado artículo 39.1 del presente Decreto.
* Balance Económico según Anexo III de la orden de convocatoria.
* Documentación aportada voluntariamente en apoyo de la solicitud: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si la documentación a adjuntar a esta solicitud ya obra en poder de esta Administración y no han transcurrido más de cinco años desde la finalización del procedimiento al que corresponda no será necesaria su aportación, bastará con indicar la fecha y el órgano o dependencia en que fueron presentados y será comprobado de oficio.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fecha de presentación | Órgano o dependencia | Documentación |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

En , a de de

Firma del/de la representante de la Entidad y sello de la misma

Fdo.

**PROTECCIÓN DE DATOS:** De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Política Sociosanitaria asegura el tratamiento confidencial de los datos de carácter personal contenidos en el presente formulario y el adecuado uso de los mismos por parte del órgano gestor. Sobre los datos suministrados podrán los interesados ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de datos que consideren oportunos.

DIRECTORA GENERAL DE SALUD PÚBLICA.

**SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD**

**AVDA. DE LAS AMÉRICAS, Nº 2**

**06800 MÉRIDA**