(Página 1 de 1) ANEXO III

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERIA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

CÓDIGO IDENTIFICATIVO	N° REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA EXTRAORDINARIO DE AYUDA A LA CONTRATACIÓN DE ANDALUCÍA

1 DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE

AYUNTAMIENTO DE:							DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO:							
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:	KM. VÍA:	LETRA:	NÚMERO:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	PAÍS:	C. POSTAL:				
TELÉFONO:	TELÉFONO MOVIL:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:				
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL:							DNI/NIE/NIF:
MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN:							

2 CONSENTIMIENTO EXPRESO DE LA PERSONA REPRESENTANTE

CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE DE LA PERSONA REPRESENTANTE (en su caso)

☐ Presto mi **CONSENTIMIENTO** para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.

☐ **NO CONSIENTO** y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE

3 DATOS BANCARIOS DE LA CUENTA CORRIENTE DENOMINADA "PROGRAMA EXTRAORDINARIO DE AYUDA A LA CONTRATACIÓN DE ANDALUCÍA 20 ".

IBAN ☐☐☐☐ Código Entidad ☐☐☐☐ Código Sucursal ☐☐☐☐ Dígito Control ☐☐ N° Cuenta ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Entidad: .....

Domicilio: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... C. Postal: .....

4 DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

☐ Documentación acreditativa de la representación

☐ Memoria explicativa de las actuaciones que el Ayuntamiento pretende desarrollar con los contratos financiados con cargo al Programa Extraordinario de Ayuda a la Contratación de Andalucía.

☐ Certificado de la entidad bancaria que especifique el número IBAN de la cuenta separada, la Entidad Local titular y denominación de la cuenta

5 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

SOLICITO la cuantía de ..... euros

SI ☐ **NO** ☐ **MANIFIESTO** mi consentimiento a participar en la reasignación de los créditos en caso de que existiese.

DECLARO bajo mi expresa responsabilidad que son ciertos los datos que figuran en la presente solicitud, así como la documentación que se acompaña.

DECLARO bajo mi expresa responsabilidad que conozco y acepto los requisitos y obligaciones establecidos en el Programa Extraordinario de Ayuda a la Contratación Andalucía.

En ....., a ..... de ..... de .....

Representante legal de la Entidad Local

Fdo.: .....

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE SERVICIOS SOCIALES Y ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS

PROTECCIÓN DE DATOS

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 Igualdad, Salud y Políticas Sociales 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 parcialmente automatizado. Asimismo se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tiene como finalidad la tramitación del Programa Extraordinario de Ayuda a la Contratación de Andalucía.

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 Igualdad, Salud y Políticas Sociales, Avda. de Hytasa, 14, 41071-Sevilla

002189/A03D

00049694