

**ANEXO I****JUNTA DE EXTREMADURA**

FECHA DE ENTRADA

Consejería de Sanidad y Políticas Sociales

**SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA LA FINANCIACIÓN DE AYUDAS PARA SUMINISTRO MÍNIMOS VITALES**

DATOS DEL MUNICIPIO SOLICITANTE Y DEL REPRESENTANTE LEGAL					
Nombre de la Entidad				CIF	
Dirección					
Localidad			C.P.		Provincia
Nº Teléfono			Nº Fax		
Nombre y apellidos del representante legal				Correo electrónico	
				D.N.I./N.I.F	

DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN					
Nombre y Apellidos					
Dirección					
Municipio			C.P.		Provincia
Otros medios o lugares para la notificación					

Como representante legal de la Entidad local y en su nombre, **SOLICITO** que se tenga por presentado este escrito y, en su virtud, se acuerde la concesión de la subvención para la financiación de las ayudas para suministros mínimos vitales, por importe de \_\_\_\_\_ euros, a cuyo efecto:

**DECLARO:**

**PRIMERO.-** La veracidad de los datos consignados en esta solicitud y conocer lo establecido en la normativa reguladora de las subvenciones para la financiación de las ayudas para suministros mínimos vitales.

**SEGUNDO.-** Que esta Entidad no se encuentra incurso en ninguna de las circunstancias recogidas en el artículo 12.2 de la Ley 6/2011, de 23 de marzo, de Subvenciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura, que impiden obtener la condición de beneficiario, y de acuerdo con lo dispuesto en las bases reguladoras de estas subvenciones.

**TERCERO.-** No haber solicitado y/o recibido otras ayudas, ingresos o subvenciones para la misma finalidad de ninguna Administración ni ente público ni privado, nacional, de la Unión Europea ni Organismo Internacional.

En otro caso, hará constar las que haya solicitado y/o recibido, así como la fecha y el importe de las recibidas:

---



La presentación de esta solicitud conlleva la autorización a la Dirección General de Políticas Sociales e Infancia y Familia de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales para recabar de los organismos competentes los certificados de hallarse al corriente en el cumplimiento de las Obligaciones Tributarias, Estatales y Autonómicas, y frente a la Seguridad Social, así como la comprobación de los datos de identificación fiscal a través de los Sistemas de Verificación de Datos de Identidad.

En caso de no conceder dicha autorización, deberá indicarlo expresamente en las siguientes casillas, aportando, junto a la solicitud, las correspondientes certificaciones administrativas en vigor, en soporte papel, expedidas por los órganos competentes:

NO AUTORIZO a la Dirección General de Políticas Sociales e Infancia y Familia a obtener directamente los datos que acrediten que la Entidad Local se encuentra al corriente de sus obligaciones tributarias con la Hacienda Estatal.

NO AUTORIZO a la Dirección General de Políticas Sociales e Infancia y Familia a obtener directamente los datos que acrediten que la Entidad Local se encuentra al corriente de sus obligaciones tributarias con la Hacienda de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

NO AUTORIZO a la Dirección General de Políticas Sociales e Infancia y Familia a obtener directamente los datos que acrediten que la Entidad Local se encuentra al corriente de sus obligaciones frente a la Seguridad Social.

NO AUTORIZO a la Dirección General de Políticas Sociales e Infancia y Familia para que mis datos de identidad personal sean consultados en sus archivos, bases de datos u otros fondos documentales o mediante los servicios del Sistema de Verificación de Datos de Identidad (SVDI).

**ACEPTO** la subvención que pueda ser concedida y todas las obligaciones que de ello se deriven.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firmado y sellado: D/Dª \_\_\_\_\_

**DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA A LA SOLICITUD (Marque con una X).**

Documentación que apporto voluntariamente en apoyo de la solicitud: \_\_\_\_\_

**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 Sanidad y Políticas Sociales le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento o cualquier otro que se requiera en la tramitación de esta solicitud van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica y conforme al procedimiento establecido, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos ante la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales, Dirección General de Políticas Sociales e Infancia y Familia. C/ Antonio Rodríguez Moñino, nº 2ª. Mérida-(Badajoz) C.P. 06800.

**EXCMO. SR. CONSEJERO DE SANIDAD Y POLÍTICAS SOCIALES**  
C/ Antonio Rodríguez Moñino, nº2 A, Mérida (Badajoz) – C.P.06800