**SOLICITUD DE SUBVENCION PARA PROGRAMAS DE ACTIVIDADES EN MATERIA DE CONSUMO QUE SE REALICEN POR ENTIDADES LOCALES DURANTE EL AÑO 2024.**

**031111**

Nº Procedimiento

Código SIACI

**SLTV**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 01 | **DATOS DE LA ENTIDAD LOCAL SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entidad local | | |  | | | | | | | | Nº de documento: | | |  |  | |
|  | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| Nombre entidad solicitante: | | | |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | | | | | | C.P.: |  | | |  | Población: |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  | | | | | | | | Teléfono móvil | |  |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Correo electrónico | | | | | |  |  | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación y, en su caso de pago** | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 02 | | **Representante** (Obligatorio para el caso de personas jurídicas ) | | | | |
| Tipo de Documento | | | | Nº. de Documento |  | |
| *NIF  Pasaporte/NIE* | | | |  |  | |
| Nombre | | | 1º Apellido \* | | 2º Apellido |  |
|  |  | |  | |  |  |
| Hombre  Mujer | | | | | |  |
| Domicilio | | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
|  | Provincia | | Municipio | | |  |
|  |  | |  | | |  |
|  | Teléfono móvil | | Otro teléfono | | C.P. |  |
|  |  | |  | |  |  |
|  | Correo electrónico. | |  | |  |  |
|  |  | | | | |  |
| **Las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el/la representante designado/a** | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 03 | **MEDIO POR EL QUE SE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN** |
|  | Notificación electrónica  *Está obligada/o a la notificación electrónica. Compruebe que está usted registrada/o en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 04 | **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable:** | | Dirección General de Salud Pública |
| **Finalidad:** | | Gestión de ayudas y subvenciones en materia de consumo |
| **Legitimación:** | | 6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos.  Ley 3/2019, de 22 de marzo, del Estatuto de las Personas Consumidoras en Castilla-La Mancha. |
| **Destinatarios:** | | Existe cesión de datos |
| **Derechos:** | | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional:** | | Disponible en la dirección electrónica: [**https://rat.castillalamancha.es/info/1231**](https://rat.castillalamancha.es/info/1231) |

|  |  |
| --- | --- |
| 05 | **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| Solicita le sea concedida la subvención para programas de actividades en materia de consumo que se realicen por entidades locales durante el año 2024. | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Importe solicitado total |  |  | | |
| Línea de subvención solicitada (marcar la que corresponda):  Línea 1  Importe solicitado línea 1:  Línea 2  Importe solicitado línea 2:  Línea 3  Importe solicitado línea 3: | |

|  |  |
| --- | --- |
| 06 | **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA SER PERSONA BENEFICIARIA** |
| 06.1 | **Declaraciones responsables:** |
| La persona abajo firmante, en su nombre propio y en representación de la entidad representa, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente: | |
| - Estar al corriente de sus obligaciones tributarias con la Agencia Tributaria Estatal, con la Junta de Comunidades de Castilla- La Mancha, con la Seguridad Social y por reintegro de subvenciones (*Esta declaración sustituirá a la presentación de las certificaciones de acuerdo con lo previsto en el art. 12.1.e) del Decreto 21/2008, de 5 de febrero, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo del Texto Refundido de la Ley de Hacienda de Castilla-La Mancha en materia de subvenciones*) | |
| - No estar incursa en ninguna de las circunstancias establecidas en los apartados 2 y 3, del artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones ni en ninguno de los casos que se establecen el artículo 74.2 del Texto Refundida de la Ley de hacienda de Castilla-La Mancha, aprobado por el Decreto Legislativo 1/2002, de 19 de noviembre.  - No hallarse quienes ejerzan la representación legal de las entidades, incursos en los supuestos de incompatibilidad regulados en la Ley 11/2003, de 25 de septiembre, del Gobierno y del Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha.  - Disponer de la estructura, capacidad y solvencia suficientes para desarrollar los programas y actividades objeto de subvención.  - No haber sido sancionada por resolución administrativa firme o condenadas por sentencia judicial firme por llevar a cabo prácticas laborales consideradas discriminatorias por la legislación vigente, salvo cuando acrediten haber cumplido con la sanción o la pena impuesta y hayan elaborado un plan de igualdad o adoptado medidas dirigidas a evitar cualquier tipo de discriminación laboral entre mujeres y hombres, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad Libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha. El órgano competente en materia de igualdad deberá dar su conformidad a dichas medidas. | |
| -En el supuesto de haber solicitado y/o recibido alguna ayuda deberá cumplimentar los siguientes datos:   |  |  |  | | --- | --- | --- | | Fecha de la Solicitud | Importe de la Ayuda | Entidad Concedente | |  |  |  | |  |  |  |   - Las ayudas concedidas, aisladamente o en concurrencia con otras subvenciones o ayudas de otras Administraciones Públicas o de otros entes públicos o privados, nacionales o internacionales, no superan el coste de la actividad a desarrollar por la entidad beneficiaria.  - Cumplir las restantes condiciones que se especifican en las bases y convocatoria de esta ayuda, las cuales conoce y acepta en su integridad. | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | | Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello. | | | Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento de ayudas, podrá ser objeto de sanción (que puede incluir la pérdida temporal de la posibilidad de obtener ayudas públicas y avales de la Administración) y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal. | | | | |  | | | | | 06.2 | | **Autorizaciones** | | | Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán lo siguientes datos, salvo que marque expresamente: | | | | |  | | | Me opongo a la consulta de datos de identidad. | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | | | |  | | Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.: | | | |  | | Documento | Fecha presentación | Unidad administrativa | Administración | | |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |  |  |  |  | | |  | | | | |   En caso de que se haya opuesto a su consulta, deberá aportar la documentación correspondiente para la resolución del procedimiento. | | | | | 06.3 | | **Documentación** | | | En su caso, además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos: | | | | |  | Acreditación de la representación de la persona firmante en nombre de la entidad solicitante, por cualquier medio válido en derecho que deje constancia fidedigna | | | |  | Memoria explicativa del proyecto a subvencionar que contenga la acreditación de los criterios de baremación para cada una de las líneas. | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 07 | | | **DATOS BANCARIOS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | Nombre de la entidad bancaria | | | | | | | | | | | | | | | | | Dirección | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | Nombre completo de la entidad titular de la cuenta 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | Nº de cuenta IBAN4 *Para cuentas de cualquier país (incluido España)* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | País | | C.C. | | | Cuenta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | |  | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | |  | | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |   Firma  Firma de la persona representante  En       a       de       de  Firma (DNI electrónico o certificado válido): | |

Organismo destinatario: **DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA -** CÓDIGO DIR3: A08027181