KM5U

**Código SIACI**

**036479**

**Nº Procedimiento**

**SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA AYUNTAMIENTOS PARA LA CREACIÓN DE UN BOTIQUÍN FARMACÉUTICO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF | | | | | | | | Número de documento: | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razón social: | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | |  | | | | | | | | | | | | |  |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | |  | C.P.: | | |  | |  | Población: |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | |  | Teléfono móvil: | | | | | |  |  | Correo electrónico: | |  |  |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que se desea recibir el aviso de notificación, y en su caso, de pago.** | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE | | | Número de documento: | | | | | | | | |  | | | | En calidad de: | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | | | | 2º Apellido: | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | |  | | C.P.: | |  | | | | |  | Población: | | | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | |  | | Teléfono móvil: | | | |  | | | |  | | Correo electrónico: | | |  | |  |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **NOTIFICACIÓN** |
| **La Entidad Solicitante está obligada a la comunicación por medios electrónicos. La notificación electrónica se realizará en la plataforma** [**https://notifica.jccm.es/notifica**](https://notifica.jccm.es/notifica)**. Compruebe que su entidad está registrada y que sus datos son correctos.** |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria y Farmacia |
| **Finalidad** | Gestión de ayudas y subvenciones en materia de planificación, ordenación e inspección sanitaria |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.  Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones y Decreto Legislativo 1/2002, de 19 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Hacienda de 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/1230**](https://rat.castillalamancha.es/info/1230) |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| **EXPONE:**  Que cumple los requisitos establecidos en la Orden de la Consejería de Sanidad, por la que se establecen las bases reguladoras de subvenciones para ayuntamientos de núcleos de población rural que se encuentren en zonas escasamente pobladas o en riesgo de despoblación, para la creación de un botiquín farmacéutico con el fin de acercar la asistencia farmacéutica a su población, y se efectúa la convocatoria.  **SOLICITA:**  La concesión de una subvención para la apertura de un botiquín farmacéutico.  Importe de la subvención solicitada: 10.000€, conforme a la Estrategia Regional frente a la Despoblación en Castilla‑La Mancha 2021‑2031.  Datos del programa /proyecto denominado: *“Programa de mejora de la asistencia farmacéutica a personas que residen en áreas rurales en despoblación en Castilla-La Mancha”.* |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS PARA SER BENEFICIARIO** |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de la entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  - Se encuentra en la situación que fundamenta la concesión de la subvención y concurren en ella las circunstancias previstas en las bases reguladoras y en la convocatoria.  - Está al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias con la Agencia Tributaria Estatal y con la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y frente a la Seguridad Social, así como de sus obligaciones 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 encontrarse incurso en ninguna circunstancia que determina el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre.  - No encontrarse la persona que desempeñe la representación legal del Ayuntamiento 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.  - No ha sido sancionada mediante resolución firme con la pérdida de la posibilidad de obtener subvenciones, según la Ley 38/2003, de 17 de noviembre.  - En el supuesto de estar sujetos a la normativa de prevención de riesgos laborales, disponer de un plan de prevención de riesgos laborales y no haber sido sancionados, en virtud de resolución administrativa o sentencia judicial firme, por falta grave o muy grave en prevención de riesgos laborales, durante el año inmediatamente anterior a la fecha de solicitud de la subvención.  - No haber sido objeto de sanción por resolución administrativa firme o condenado por sentencia judicial firme por llevar a cabo prácticas laborales consideradas discriminatorias por la legislación vigente, salvo cuando se acredite haber cumplido con la sanción o la pena impuesta y haber elaborado un plan de igualdad o adoptado medidas dirigidas a evitar cualquier tipo de discriminación laboral entre mujeres y hombres, correspondiendo al órgano competente en materia de igualdad 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.  - 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, 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.  **Autorizaciones:**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier otra 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 acreditativos de identidad del Representante Legal/ Representantes Legales.  En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento.  **Documentación requerida:**  La persona abajo firmante, en representación de la entidad que se indica, aporta la siguiente documentación la cual se anexa de manera electrónica a esta solicitud:  Justificación documental de la disponibilidad jurídica y plano de situación en el que señale con exactitud su emplazamiento.  Proyecto de obra redactado por técnico competente según la normativa vigente relacionada con la ordenación de la edificación y, si procede, visado por su correspondiente colegio profesional relativo al local donde se pretende instalar el botiquín farmacéutico. Dicho proyecto se adecuará a los requisitos de los locales establecidos en el Decreto 11/2019, de 18 de marzo.  Factura proforma o presupuesto del gasto que se prevé realizar. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA A EFECTOS DEL PAGO DE LA SUBVENCIÓN** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Nombre de la entidad bancaria:** |  | | **Dirección:** | |  | | |  |
|  |  | | |  | |  | | |
| **Nombre completo del titular de la cuenta:** | |  | | | | |  | |
|  |  | | |  | |  | | |
| **Número de cuenta:** | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **IBAN** | | | | **Código entidad** | | | | **Sucursal** | | | | **DC** | | **Número de Cuenta** | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | | | | | | |

En      , a       de       de 20  .

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

**Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria** **y Farmacia DIR3 A08044535**