**ANEXO III**

**JUSTIFICACIÓN DE AYUDA PARA LA ADOPCIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN EL DESARROLLO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA DE LAS PERSONAS TRABAJADORAS AUTÓNOMAS**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA BENEFICIARIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Son obligatorios los campos: tipo de documento, nombre y primer apellido** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona física:  NIF:  NIE | | | |  | | | | | Número de documento: | | | | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | 2º Apellido: | | |  | |  | |
| Hombre:  Mujer: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: | |  | | |  | | | C.P.: | |  | |  | | Población: | | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  |  | Teléfono móvil: | | | | | |  | |  | Correo electrónico: | | | | |  | | | |  |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Horario preferente para recibir llamada: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación y en su caso de pago | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

|  |
| --- |
| **MEDIO DE NOTIFICACIÓN** |
| Notificación electrónica (La persona 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 está usted registrado/a y que sus datos son correctos).* |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Viceconsejería de Empleo, Diálogo Social y Seguridad y Salud Laboral. |
| **Finalidad** | Gestión de subvenciones en materia de prevención de riesgos laborales. |
| **Legitimación** | Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos art. 6.1.e) Reglamento General de Protección de Datos.  Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. |
| **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/0795> |

|  |
| --- |
| **DATOS SOBRE LA FORMACIÓN REALIZADA** |
| Debe cumplimentar la siguiente información sobre los cursos realizados en el periodo comprendido desde el 01/01 al 31/12/2025:   1. CURSOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES (artículo 2.3 del Decreto 28/2022, de 26 de abril)  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Denominación del curso** | **Entidad formadora** | **Fecha/s realización** | **Duración (horas)** | **Coste**  **(IVA incluido)** | **Modalidad**  ***(señale la opción correcta)*** | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | | **N.º TOTAL DE CURSOS:** |  |  | **TOTAL HORAS:** | **COSTE TOTAL:** |  |  1. CURSOS DEL CATÁLOGO DE ESPECIALIDADES FORMATIVAS. ANEXO I (artículo 2.4 del Decreto 28/2022, de 26 de abril)  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Denominación del curso** | **Entidad formadora** | **Fecha/s realización** | **Duración (horas)** | **Coste**  **(IVA incluido)** | **Modalidad**  ***(señale la opción correcta)*** | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | |  |  |  |  |  | Presencial  Teleformación  Mixta | | **N.º TOTAL DE CURSOS:** |  |  | **TOTAL HORAS:** | **COSTE TOTAL:** |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CUENTA JUSTIFICATIVA** | | | | | | | |  |
| N | Nombre del acreedor | NIF | Nº Factura | Fecha de la factura | Medio de pago (\*) | Fecha del pago | Importe  (SIN IVA) | Importe total pagado (IVA INCLUIDO) |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* Medio de pago.

- Si la forma de pago es en **metálico**, se justificará mediante la aportación de un recibí, firmado y sellado por el proveedor en el que se especificará: la factura o documentación justificativa del gasto al que corresponda el pago y su fecha y debajo de la firma del recibí debe constar el nombre y número del NIF de la persona que lo suscribe.

- Si la forma de pago es **transferencia bancaria,** se justificará mediante la aportación de copia del resguardo del cargo de la misma, debiendo figurar en el concepto de la transferencia el número de factura o, en su defecto, el concepto abonado.

- Si la forma de pago es el **cheque o pagaré**, el documento justificativo, consistirá en la copia del extracto bancario del cargo en cuenta y un recibí, firmado y sellado por el proveedor, en el que se especifique: factura o documentación justificativa del gasto al que corresponda el pago y su fecha, número y fecha del cheque o pagaré, y fecha de vencimiento de este y debajo de la firma del recibí debe constar el nombre y número del NIF de la persona que lo suscribe.

|  |
| --- |
| **CUMPLIMIENTO DE CONDICIONES Y FORMA DE JUSTIFICACIÓN DE LA SUBVENCIÓN** |
| **Declaración responsable:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de la persona que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente:  - No haber solicitado a cualquier Administración Pública, incluida la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, o entes públicos o privados, nacionales, de la Unión Europea o de organismos internacionales, otras ayudas, subvenciones o ingresos para la misma finalidad.  Son ciertos los datos consignados en la presente justificación comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  **Documentación:**  Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:    Facturas relativas a los cursos realizados.  Documentación que acredite la efectividad del pago de las facturas, conforme a lo dispuesto en el artículo 12 del Decreto 28/2022, de 26 de abril  Certificado o documentación acreditativa de cada uno de los cursos realizados, emitida por las entidades previstas en los apartados 3 y 4 del artículo 2 del Decreto 28/2022, de 26 de abril, que contenga al menos, la siguiente información detallada sobre los mismos: denominación, entidad formadora, fecha o fechas de realización, duración, coste y modalidad (sólo en el caso de no haber presentado esta documentación junto con el Anexo II de solicitud de ayuda).  Carta de pago de reintegro en el supuesto de remanentes no aplicados de la subvención otorgada, así como de los intereses derivados de los mismos. |

En , a de de

Fdo:

Organismo destinatario: Viceconsejería de Empleo, Diálogo Social y Seguridad y Salud Laboral.

Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Código DIR3: A08044828