

 Consejería de Sanidad D.G. Humanización y Atención Sociosanitaria Avda. de Francia, 4 45071 Toledo Castilla-La Mancha								
MODELO DE JUSTIFICACIÓN, DECLARACIÓN RESPONSABLE Y RELACIÓN CLASIFICADA DE GASTOS 2026								
NOMBRE DE LA PERSONA BENEFICIARIA								
NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE (en su caso)								
Nº EXPEDIENTE								
SUBVENCIÓN CONCEDIDA								
		Declaro responsablemente que la relación de gastos a continuación presentada corresponde a los gastos efectivamente realizados y son derivados de la finalidad para la que fue concedida la subvención.						
		FIRMA DE LA PERSONA BENEFICIARIA O DE LA PERSONA REPRESENTANTE (en su caso)						
GASTOS EFECTUADOS DURANTE 2026								
Número de orden	Número de Factura	Fecha de la Factura (00-00-0000)	Fecha del pago (00-00-000)	Emisor/a	NIF del emisor/a	Descripción del gasto efectuado	Gasto subvencionado por otras entidades públicas o privadas	Importe total de la factura
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
TOTAL GASTOS								0,00 €