

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SUBVENCIÓN/ES A ENTIDADES LOCALES EN MATERIA DE PREVENCIÓN COMUNITARIA DE LAS DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONESLÍNEA DE LA SUBVENCIÓN _____ **COLECTIVO** _____
CONVOCATORIA/EJERCICIO: _____**FORMULARIO DE ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DOCUMENTOS**

de de de (BOJA nº de fecha)

| 1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE Y DE LA PERSONA REPRESENTANTE | | | | | | | | | |
|--|--|-------------|------------|---------------------|----------|--|--------------|--------------|---------|
| APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | | | | SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M | | DNI/NIE/NIF: | |
| DOMICILIO: TIPO VÍA: | | NOMBRE VÍA: | | | KM. VÍA: | NÚMERO: | LETRA: | ESCALERA: | PUERTA: |
| LOCALIDAD: | | | PROVINCIA: | | | PAÍS: | | C. POSTAL: | |
| TELÉFONO: | | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE: | | | | | | | DNI/NIE/NIF: | | |
| MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN: | | | | | | | | | |
| DOMICILIO: TIPO VÍA: | | NOMBRE VÍA: | | | KM. VÍA: | NÚMERO: | LETRA: | ESCALERA: | PUERTA: |
| LOCALIDAD: | | | PROVINCIA: | | | PAÍS: | | C. POSTAL: | |
| TELÉFONO: | | FAX: | | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | |
| 2 CONSENTIMIENTO EXPRESO | | | | | | | | | |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO CERTIFICADO DE EMPADRONAMIENTO (en su caso) | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de residencia a través del Sistema de Verificación de Datos de Residencia. | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NO CONSENTIMIENTO y aporto fotocopia autenticada del Certificado de Empadronamiento. | | | | | | | | | |
| CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (en su caso) | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Presto mi CONSENTIMIENTO para la consulta de mis datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad. | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> NO CONSENTIMIENTO y aporto fotocopia autenticada del DNI/NIE. | | | | | | | | | |
| 3 IDENTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD, PROYECTO, COMPORTAMIENTO O SITUACIÓN PARA LA QUE SE SOLICITÓ LA SUBVENCIÓN | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 4 ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN | | | | | | | | | |
| Habiéndose publicado la propuesta provisional de resolución de la Convocatoria de Subvenciones en materia de, efectuada mediante de de (BOJA número de), mi solicitud ha sido: | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CONCEDIDA por el importe pretendido. | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> CONCEDIDA por un importe inferior al solicitado. | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> DESESTIMADA. | | | | | | | | | |
| Por lo que, | | | | | | | | | |
| 4.1 Dentro del plazo concedido en la propuesta: | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ACEPTO el importe de la subvención propuesta sin modificar el presupuesto presentado. | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> RENUNCIO a la solicitud. | | | | | | | | | |



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4 ALEGACIONES/ACEPTACIÓN/REFORMULACIÓN/DOCUMENTACIÓN (continuación)

4.5.3 Presento la siguiente documentación (original o copia autenticada):

| Documento | Breve descripción |
|-----------|-------------------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |

5 DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

DECLARO, bajo mi expresa responsabilidad, que son ciertos cuantos datos figuran en el presente documento.

En a de de

LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE

Fdo.:

ILMO./A SR./SRA. DELEGADO/A PROVINCIAL DE

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 Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero mixto. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución de los procedimientos de concesión de las subvenciones solicitadas, así como el tratamiento estadístico.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Consejería de Salud y Bienestar Social, Avda. Hytasa, 14, 41006 Sevilla.

NOTA

De acuerdo con el artículo 17 de las bases reguladoras de estas subvenciones, la falta de presentación en plazo de los documentos exigidos por la propuesta provisional implicará (salvo que se trate de documentos que obren en poder de la Administración, respecto de los cuales la persona interesada haya efectuado su consentimiento expreso al órgano instructor para que pueda recabarlos):

- a) Cuando se refiera a la acreditación de requisitos para obtener la condición de persona beneficiaria, su desistimiento de la solicitud.
- b) Cuando se refiera a la acreditación de los elementos a considerar para aplicar los criterios de valoración, la no consideración de tales criterios, con la consiguiente modificación de la valoración obtenida.

Todo ello sin perjuicio de las responsabilidades en que se pueda incurrir.