

## A N E X O I

**SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA EL DESARROLLO DE PROGRAMAS DE BIENESTAR ANIMAL , DE LA CONSEJERÍA DE POLÍTICAS SOCIALES Y SALUD PUBLICA DEL AÑO 2025**

D/Dª \_\_\_\_\_, con N.I.F. \_\_\_\_\_, actuando en representación de la entidad \_\_\_\_\_ con C.I.F. \_\_\_\_\_ y a efectos de notificación con domicilio en \_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_ correo electrónico \_\_\_\_\_ teléfono/s de contacto \_\_\_\_\_ y fax \_\_\_\_\_ Solicita le sea concedida a la entidad que representa, una subvención de \_\_\_\_\_ Euros

Asimismo, declaro que, de conformidad con el art. 34 de la Ley General de Subvenciones y el art. 88 del Reglamento General de Subvenciones, que disponen que no se realizarán pagos anticipados a las entidades beneficiarias, cuando concorra alguna de las siguientes circunstancias:

- Que haya sido dictada resolución declarativa de la procedencia del reintegro de una subvención o de la pérdida del derecho al cobro de la misma por alguna de las causas previstas en el artículo 37 de la Ley General de Subvenciones. - Que las entidades beneficiarias hayan solicitado la declaración de concurso voluntario, hayan sido declarados insolventes en cualquier procedimiento, hayan sido declarados en concurso, salvo que en éste haya adquirido la eficacia un convenio, estén sujetos a intervención judicial o hayan sido inhabilitados conforme a la Ley 22/2003, de 9 de julio, Concursal, sin que haya concluido el período de inhabilitación fijado en la sentencia de calificación del concurso. (Señalar la que corresponda)

NO concurren ninguna de las circunstancias anteriores y, por tanto, solicito el pago anticipado de la subvención.

SI concurre una de las circunstancias anteriores y, por tanto, solicito el pago de la subvención una vez haya justificado la realización del proyecto.

Se adjunta la siguiente documentación:

1. Memoria del Proyecto
2. Presupuesto del Proyecto
3. Declaración responsable
4. Original o copia compulsada de los estatutos que acrediten la personalidad y objeto de la Entidad
5. Ficha de Terceros
6. Copia compulsada del CIF de la entidad

En Melilla a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025

Fdo.: \_\_\_\_\_

**EXMA. SRA. CONSEJERA DE POLITICAS SOCIALES Y SALUD PUBLICA DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA.-**