

ANEXO I

SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN LA CONVOCATORIA PARA LA CONCESIÓN, EN RÉGIMEN DE CONCURRENCIA NO COMPETITIVA, CONCESIÓN DE SUBVENCIÓN A ENFERMOS NEUROLÓGICOS Y SUS FAMILIAS RESIDENTES EN EL TÉRMINO MUNICIPAL DE LA CIUDAD DE MELILLA

1. SOLICITANTE:													
APELLIDOS Y NOMBRE:								DNI-	NIE:				
DOMICILIO		Núm.		Bloq		Port		Escal		Piso		Puerta	
2. TIPO DE AYUDAS													
3. INFORME MÉDICO	NUMERO COLEGIADO FACULTATIVO												
4. NÚMERO	DOCUMENTACIÓN QUE APORTA												

.../...

5.DECLARACIÓN RESPONSABLE

EL/LA ABAJO FIRMANTE DECLARA, BAJO SU RESPONSABILIDAD, QUE SON CIERTOS LOS DATOS QUE FIGURAN EN EL PRESENTE DOCUMENTO, QUE POSEE LA DOCUMENTACIÓN QUE ASÍ LO ACREDITA Y:

- Que acepta expresamente todas las condiciones establecidas en las Normas reguladoras de este procedimiento.
- Que todos los datos que se han incluido en esta solicitud son ciertos, y que cuenta con la documentación acreditativa de los mismos, aceptando expresamente QUE EN CASO CONTRARIO SERÉ SANCIONADO CON LA EXCLUSIÓN DEL PROCEDIMIENTO.
- Que a los efectos de la normativa sobre protección de datos personales AUTORIZO a esta Administración a la comprobación con otras Administraciones públicas de los datos declarados.

(NOTA INFORMATIVA):

El apartado 4 del artículo 69 de la ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, dispone que "la INEXACTITUD, FALSEDAD U OMISIÓN, de carácter esencial, en cualquier dato, manifestación o documento que se acompañe o incorpore a una declaración responsable, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho afectado desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penal, civiles o administrativas a que hubiera lugar. que hubiera lugar.

6. DATOS BANCARIOS:

El Titular de la Cuenta debe ser el solicitante de la beca.

Nombre:

DNI/NIE

Número de Cuenta corriente

En Melilla a, de -__ de _____