AYUNTAMIENTO
DEL VALLE DE MENA

SOLICITUD DE BECA PARA EL DESARROLLO DE LA PSICOMOTRICIDAD, PSICOPEDAGOGÍA Y LOGOPEDIA. CURSO 2017- 2018.

1. DATOS DE LA PERSONA QUE ASISTE AL CENTRO

1ER APELLIDO			FECHA DE NACIMIENTO		
2º APELLIDO			DÍA	MES	AÑO
NOMBRE					
CALLE			Nº	PISO	LETRA
LOCALIDAD		C.P.	E-MAIL		

2. DATOS DEL SOLICITANTE (En caso de menores, la solicitud deberá ser cumplimentada y firmada por el padre, madre o personas que tengan a su cargo al niño/a; en el caso de personas que dispongan de tutor/a o representante legal, la solicitud deberá ser cumplimentada y firmada por estos y acreditarse tal condición.)

1ER APELLIDO		TIPO DE RELACIÓN CON LA PERSONA QUE ASISTE AL CENTRO: Padre/ madre ☐ Tutor/a o representante legal ☐ Otros ☐ Especificar:_____			
2º APELLIDO					
NOMBRE		DNI/ NIE		TELÉFONO DE CONTACTO	
CALLE			Nº	PISO	LETRA
LOCALIDAD		C.P.	E-MAIL		

3. PERIODO POR EL QUE SE SOLICITA LA AYUDA

AÑO 2017				AÑO 2018							
SEP. ☐	OCT. ☐	NOV. ☐	DIC. ☐	ENE. ☐	FEB. ☐	MAR. ☐	ABR. ☐	MAY. ☐	JUN. ☐	JUL. ☐	

El/los interesado/as
DECLARA/N

1. Que no está/n incurso/s en ninguna de las prohibiciones del artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones.
2. Que se halla/n empadronado/s en el término municipal del Valle de Mena.
3. Que se halla/n al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social, no teniendo impagada deuda vencida por ningún concepto con la Comunidad Autónoma de Castilla y León.
4. Que es/son titular/es de la Cuenta Bancaria siguiente, en la que se solicita/n que, en caso de ser beneficiario/s, se haga efectivo el pago de la subvención *(cumplimentar TODOS los dígitos)*.

IBAN **ENTIDAD** **OFICINA** **DC** **Nº CUENTA**

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

5. Que los datos consignados en la presente solicitud son ciertos.

AUTORIZA/N al Ayuntamiento del Valle de Mena para obtener directamente o por medios telemáticos la información que estime precisa para la determinación, conocimiento y comprobación de los datos en cuya virtud deba pronunciarse la resolución.

Asimismo, **SOLICITA/N** que le/s sea concedida la subvención a la que se refiere esta solicitud.

En Villasana de Mena, a …….. de ……de 2017

(FIRMA DEL SOLICITANTE/PADRE/MADRE/TUTOR/A/REPRESENTANTE)……

A CUMPLIMENTAR POR EL/LA DIRECTOR/A DEL CENTRO

Nombre del Centro.			
Localidad		Provincia	
Dirección		Teléfono	
Nombre y apellidos del Director/a		D.N.I./ N.I.E.	
CERTIFICO que el/la solicitante ha asistido al Centro y que el importe abonado durante el período para el que solicita la subvención ha sido el siguiente:			
GASTOS DE PREINSCRIPCIÓN/ MATRÍCULA			
Nº DE MESES ASISTENCIA 2017		IMPORTE ABONADO 2017	
Nº DE MESES ASISTENCIA 2018		IMPORTE ABONADO 2018	
		TOTAL ABONADO	
En ……a……de……de……. FIRMA		SELLO DEL CENTRO	
Por la firma de la presente certificación el/la Director/a del Centro se compromete a facilitar al Ayuntamiento del Valle de Mena la información que le sea requerida para la gestión de estas subvenciones.			

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, el Ayuntamiento del Valle de Mena informa de que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado. Le comunicamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito dirigido al Ayuntamiento del Valle de Mena, c/ Eladio Bustamante, 38-40, 09580, Villasana de Mena.

- SR. ALCALDE- PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DEL VALLE DE MENA -