OTRAS DISPOSICIONES

DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO

3640

CORRECCIÓN DE ERRORES de la Orden de 17 de julio de 2012, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula la concesión de subvenciones a Entidades Locales de la CAPV para la realización de actuaciones de promoción de la actividad física durante el ejercicio 2012.

El artículo 18.2.a) del Decreto 217/2008, de 23 de diciembre, del Boletín Oficial del País Vasco, establece que los meros errores de composición que se produzcan en la publicación, siempre que alteren o modifiquen su contenido o pueda suscitar dudas al respecto, se rectificarán de oficio por la Dirección de la Secretaría del Gobierno y de Relaciones con el Parlamento, o a instancia del órgano u entidad interesado.

Advertidos errores de dicha índole en la publicación del texto de la Orden de 17 de julio de 2012, del Consejero de Sanidad y Consumo, por la que se regula la concesión de subvenciones a Entidades Locales de la CAPV para la realización de actuaciones de promoción de la actividad física durante el ejercicio 2012, publicada en el Boletín Oficial del País Vasco n.º 148, de 31 de julio de 2012, se procede a su corrección.

Al haberse omitido la publicación completa de los anexos I, II y III que se citan en los artículos 9 y 20, páginas 2012/3529 (5/15) y 2012/3529 (10/15), de la citada Orden, se procede, de nuevo, a su publicación:

Imprimir

EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO SAILA
Osasun Publikoko Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO
Dirección de Salud Pública

ANEXO I
SOLICITUD DE SUBVENCIÓN A ENTIDADES LOCALES PARA LA REALIZACIÓN DE ACTUACIONES DE PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Los datos marcados con asterisco (*) son obligatorios

QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD * 1

◯ Titular ◯ Representante

DATOS PERSONALES

TITULAR / RAZON SOCIAL

Nombre / Denominación de la Entidad * _____ **Tipo de Documento *** _____

Primer Apellido * _____ **Segundo Apellido *** _____ **Número *** _____ - _____ (LETRA)

Tel. Fijo _____ **Tel. Móvil** _____ **Sexo *** ◯ Hombre ◯ Mujer

REPRESENTANTE

Nombre / Denominación de la Entidad _____ **Tipo de documento** _____

Primer Apellido _____ **Segundo Apellido** _____ **Número** _____ - _____ (LETRA)

Tel. Fijo _____ **Tel. Móvil** _____ **Sexo** ◯ Hombre ◯ Mujer

NOTIFICACIÓN * 2

◯ Electrónica ◯ Postal

A EFECTOS POSTALES (Únicamente para notificación postal)

País * ESPAÑA

Dirección * _____ **Nº** _____ **Piso** _____ **Letra** _____

CP * _____ **Municipio *** _____ **Provincia *** _____

AVISO PARA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA 3

Correo electrónico (separados mediante punto y coma (;))

Nº móvil (sms) (separados mediante punto y coma (;))

IDIOMA EN EL QUE DESEA RECIBIR LAS NOTIFICACIONES Y AVISOS *

◯ Euskera ◯ Castellano

OTROS DATOS DE INTERÉS

Territorio / Provincia cuya Administración Tributaria dispone de la información de las obligaciones fiscales del titular * 0

DECLARACIONES RESPONSABLES

☐ El poder de representación otorgado a favor de la persona solicitante de la subvención, inscrito en el Registro Mercantil, fue entregada con fecha _____ en la solicitud de subvenciones de la Convocatoria del año _____ y el solicitante declara que no ha sufrido modificación alguna desde entonces.

☐ La copia de los estatutos inscritos en el Registro Mercantil fue entregado con fecha _____ en la solicitud de subvenciones de la Convocatoria del año _____ y el solicitante declara que no ha sufrido modificación alguna desde entonces.

☐ Que no estoy percibiendo ninguna ayuda con este mismo objeto y finalidad concedida por cualquier Administración Pública o entidad privada.

☐ Que he solicitado una ayuda a alguna Administración Pública o entidad privada y me ha sido concedida (los datos de este punto se deben detallar en el documento Anexo)

☐ Que he solicitado una ayuda a alguna Administración Pública o entidad privada y está pendiente de Resolución (los datos de este punto se deben detallar en el documento Anexo)

Que no estoy sancionado/a ni penal ni administrativamente con la pérdida de la posibilidad de obtención de subvenciones o ayudas públicas; ni estoy incurso/a en prohibición legal alguna que me inhabilite para ello.

☐ Que no estoy incurso/a en procedimientos de reintegro o sancionadores que, habiéndose iniciado en el marco de ayudas o subvenciones de la misma naturaleza concedidas por la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi y de sus organismos autónomos, se hallen aún en tramitación.

Que me hallo al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias o frente a la Seguridad Social impuestas por las disposiciones vigentes, en la forma que se determina reglamentariamente.

Que son ciertos los datos contenidos en la solicitud y documentación que le acompaña.

Que cumplo con los requisitos establecidos en la normativa vigente para ser beneficiario/a de estas ayudas.

CONSENTIMIENTOS

Datos de Identidad

☐ Autorizo al órgano gestor de esta convocatoria a la comprobación, constancia o verificación en la Administración competente por medios electrónicos o en su caso, por los medios que estén disponibles.

PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal -LOPD-, la **Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad y Consumo** del Gobierno Vasco le informa que los datos que ha facilitado y que figuran en la presente solicitud pasan a formar parte de un Fichero de su titularidad denominado **Entidades perceptoras de ayudas del Departamento de Sanidad y Consumo**, cuya finalidad es la gestión de los expedientes de ayuda, previamente notificado a la Agencia Vasca de Protección de Datos y que cuenta con las medidas de seguridad necesarias para garantizar la total seguridad de los datos, los cuales no serán comunicados a terceros fuera de los supuestos habilitados legalmente. De acuerdo con la normativa existente sobre protección de datos de carácter personal, podrá ejercer los derechos de acceso, cancelación, rectificación y oposición que expresamente reconoce la LOPD poniéndose en contacto con la **Dirección de Salud Pública del Departamento de Sanidad y Consumo** del Gobierno Vasco, c/Donostia-San Sebastián, 1, 01010 de Vitoria-Gasteiz.

La Administración Pública podrá cotejar los datos aportados y realizar las comprobaciones oportunas para la correcta adjudicación de las ayudas.

En _____ , a _____

(Firma del/a titular o representante)

ACLARACIONES AL DOCUMENTO

1 QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD

Si la persona solicitante actúa en su propio nombre, en el apartado "QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD" debe de marcar la opción "Titular" y rellenar los datos correspondientes a Titular en el apartado "DATOS PERSONALES". La solicitud la firma el/la titular.

Si la persona solicitante actúa en representación de una persona, en el apartado "QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD" debe de marcar la opción "Representante" y, rellenar en el apartado "DATOS PERSONALES", como Titular los datos de la persona a la que representa y los suyos en Representante. La solicitud la firma el/la representante.

Las personas jurídicas, actúan siempre con representante, por lo que en el apartado "QUIEN PRESENTA LA SOLICITUD" debe de marcar la opción "Representante" y, rellenar en el apartado "DATOS PERSONALES" como Titular los datos de la entidad y los del/a representante de la entidad en Representante. La solicitud la firma el/la representante.

2 NOTIFICACIÓN

La persona solicitante puede elegir el canal por el que desea recibir las notificaciones, postal o electrónico.

POSTAL: se le remiten las notificaciones a la dirección postal que señale en el apartado "A EFECTOS POSTALES"

ELECTRÓNICO: la persona solicitante recibe las notificaciones en la bandeja de notificaciones en "Mis Gestiones" en **www.euskadi.net/misgestiones**. Para entrar en "Mis Gestiones" es necesario que el solicitante disponga de un certificado electrónico reconocido (ONA, DNIe, certificado ciudadano, entidad, FNMT, …)

3 AVISO PARA NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Si la persona solicitante ha elegido recibir notificaciones electrónicas, la administración pone a su disposición un servicio de avisos por correo electrónico o móvil que le avisa cada vez que le envía una notificación.

Puede introducir tantos correos electrónicos como nº de teléfonos móviles desee; en ambos casos separados por punto y coma (;).

Imprimir

EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO SAILA
Osasun Publikoko Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO
Dirección de Salud Pública

ANEXO II
MEMORIA EXPLICATIVA DE LA ACTUACIÓN DE PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Los datos marcados con asterisco (*) son obligatorios

DATOS DE LA ENTIDAD QUE SOLICITA LA SUBVENCIÓN

Nombre del ente local: * _____

NIF: * ☐☐☐☐☐☐☐☐ - ☐ LETRA

Domicilio: * _____ **Nº:** _____ **Piso:** _____ **Letra:** _____

Localidad: * _____ **Provincia: *** _____ **CP: *** ☐☐☐☐☐

Teléfono: * ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Fax:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

E-mail: * _____

DATOS DE LA PERSONA DE CONTACTO

Primer Apellido: * _____ **Segundo Apellido: *** _____

Nombre: * _____

Departamento al que pertenece: * _____

Teléfono: * ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **Fax:** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

E-mail: * _____

PRESUPUESTO DE LA ACTUACIÓN

Presupuesto total: * _____ € **Presupuesto sin IVA: *** _____ €

PRESUPUESTO DESGLOSADO (SIN IVA)

Fases	Presupuesto

Total	

+ Añadir Nueva Línea

TÍTULO DE LA ACTUACION POR LA QUE SE SOLICITA SUBVENCIÓN

Título: * _____

DESCRIPCIÓN DE LAS FASES DEL PROYECTO POR LAS QUE SE SOLICITA SUBVENCIÓN

BENEFICIOS SOCIALES QUE SE GENERARÁN CON LA EJECUCIÓN DE LA ACTUACIÓN

Población estimada beneficiaria: * _____

Grupo prioritario de población al que va dirigida la actuación: * _____

Justificación del carácter innovador del proyecto: *

LINEA, PROGRAMA AL QUE PERTENECE LA ACTUACIÓN DENTRO DEL PLAN DE ACCIÓN LOCAL DE AGENDA LOCAL 21 (PAL)

Línea Estratégica PAL: *

Programa PAL: *

PLAZO DE EJECUCIÓN DE LA ACTUACIÓN
(Indicar las fechas de inicio y finalización o en su caso las fechas previstas para su ejecución)

Fecha de inicio de la actuación: * **Fecha de finalización de la actuación: ***

OTRAS FUENTES DE FINANCIACIÓN

¿Dispone de otras fuentes de financiación?	◯ Sí ◯ No
¿Cuáles?	**Importe**
Total	

+ Añadir Nueva Línea

¿Ha solicitado otras ayudas?	◯ Sí ◯ No	
¿A qué organismos?	**Importe solicitado**	**Importe concedido**
Total		

+ Añadir Nueva Línea

Firmado:

Presidente/a responsable de la entidad

Imprimir

EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO SAILA
Osasun Publikoko Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y CONSUMO
Dirección de Salud Pública

ANEXO III
MEMORIA JUSTIFICATIVA DE LA REALIZACIÓN DE LA ACTUACIÓN DE PROMOCIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Los datos marcados con asterisco (*) son obligatorios

DATOS SOLICITUD

Nombre de la entidad *:

TÍTULO DE LA ACTUACIÓN POR LA QUE SE SOLICITA SUBVENCIÓN

Título: *

MEMORIA DESCRIPTIVA DE LA REALIZACIÓN ÍNTEGRA DEL PROYECTO OBJETO DE LA SUBVENCIÓN

OTRAS FUENTES DE FINANCIACIÓN

¿Ha tenido otras fuentes de financiación?	◯ Sí ◯ No
¿Cuáles?	**Importe**
Total	

+ Añadir Nueva Línea

¿Ha recibido otras ayudas?	◯ Sí ◯ No
¿De qué organismos?	**Importe**
Total	

+ Añadir Nueva Línea

Declaro que son ciertos los datos contenidos en la justificación y documentación que le acompaña.

Firmado:

Presidente/a responsable de la entidad