

**RENÚNCIA A LA SUBVENCIÓ PER A LA COMPENSACIÓ DE DESPESES  
FARMACOLÒGIQUES PER A PERSONES AMB DIVERSITAT FUNCIONAL O  
PENSIONISTES O MENORS D'EDAT O EN DESOCUPACIÓ**

**RENUNCIA A LA SUBVENCIÓN PARA LA COMPENSACIÓN DE GASTOS  
FARMACOLÓGICOS PARA PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL O  
PENSIONISTAS O MENORES DE EDAD O EN DESEMPLEO**

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	
DNI / NIF / NIE		NÚMERO SIP		NACIONALITAT / NACIONALIDAD	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	FAX	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)	
SUBVENCIÓ A QUÈ RENUNCIA: / SUBVENCIÓN A QUE RENUNCIA:					
PERSONA AMB DIVERSITAT FUNCIONAL PERSONA CON DIVERSIDAD FUNCIONAL		PENSIONISTA		MENORS D'EDAT MENORES DE EDAD	
PERSONES EN SITUACIÓ DE DESOCUPACIÓ PERSONAS EN SITUACIÓN DE DESEMPLEO					

**B DADES DEL PARE, MARE O TUTOR/A QUE FIRMA LA SOL·LICITUD (SI ÉS EL CAS DE MENORS)  
DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A QUE FIRMA LA SOLICITUD (EN CASO DE MENORES)**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI / NIE	TELÈFON / TELÉFONO
DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)		

**C NOTIFICACIONS (SI ÉS DIFERENT A L'APARTAT A) / NOTIFICACIONES (SI ES DISTINTO AL APARTADO A)**

DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)		
Indique en quina llengua desitja rebre les notificacions: Indique en qué lengua desea recibir las notificaciones:			Si el sol·licitant és persona física, accepta la notificació per mitjans electrònics: Si el solicitante es persona física, acepta la notificación por medios electrónicos		
Valencià / Valenciano		Castellà / Castellano		SI	

(\*) A l'efecte de la pràctica de notificacions electròniques, l'interessat haurà de disposar de certificació electrònica en els termes previstos en la seu electrònica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>).

(\*) A efectos de la práctica de notificaciones electrónicas, el interesado deberá disponer de certificación electrónica en los términos previstos en la sede electrónica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>).

**D CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ (NO-AUTORITZACIÓ)  
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN (NO AUTORIZACIÓN)**

D'acord amb el que disposa l'article 28 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, en absència d'oposició expressa per part de la persona interessada, l'òrgan gestor del procediment estarà autoritzat per a obtenir directament les dades dels documents elaborats per qualsevol administració i que per aquest procediment, són les assenyalades a continuació: dades d'identitat i de residència de la persona interessada i, si és el cas, de qui la represente legalment acreditació del compliment de les obligacions tributàries i amb la Seguretat Social, a més dels documents especificats en l'annex corresponent.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, en ausencia de oposición expresa por parte de la persona interesada, el órgano gestor del procedimiento estará autorizado para obtener directamente los datos de los documentos elaborados por cualquier administración y que para este procedimiento, son los señalados a continuación: datos de identidad y de residencia de la persona interesada y, en su caso, de quien la represente legalmente, acreditación del cumplimiento de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social, además de los documentos especificados en el anexo correspondiente.

En cas de no autoritzar-ho, haurà de marcar la casella, indicant les dades que no autoritze, i aportar els documents corresponents, en els termes exigits per les normes reguladores del procediment. (Art.16.4 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques.)

En caso de no autorizarlo, deberá marcar la casilla, indicando los datos que no autorice, y aportar los documentos correspondientes, en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento. (Art. 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.)

No autoritze l'obtenció de les dades d'identitat (DNI o document equivalent, si és el cas de persones estrangeres) de la persona sol·licitant o, si és el cas, del representant legal.

No autorizo la obtención de los datos de identidad (DNI o documento equivalente, en caso de personas extranjeras) de la persona solicitante o, en su caso, de su representante legal.

No autoritze l'obtenció de les dades de residència.  
No autorizo la obtención de los datos de residencia.

No autoritze a actualitzar les dades del Sistema d'Informació Poblacional (SIP) amb la informació que aporten altres bases de dades administratives.  
No autorizo a actualizar los datos existentes en el Sistema de Información Poblacional (SIP), con la información aportada por otras bases de datos administrativas.

**E DOCUMENTACIÓ APORTADA / DOCUMENTACIÓN APORTADA**

Fotocòpia confrontada del document d'identificació de la persona sol·licitat. Si és el cas de menors, el llibre de família o certificat de naixement.  
Fotocopia cotejada del documento de identificación de la persona solicitante. En el caso de menores, el libro de familia o certificado de nacimiento.

Fotocòpia confrontada del document d'identificació del pare, la mare o tutor/a, si és el cas.  
Fotocopia cotejada del documento de identificación del padre, madre o tutor/a, en su caso.



**RENÚNCIA A LA SUBVENCIÓ PER A LA COMPENSACIÓ DE DESPESES FARMACOLÒGIQUES PER A PERSONES AMB DIVERSITAT FUNCIONAL O PENSIONISTES O MENORS D'EDAT O EN DESOCUPACIÓ**  
**RENUNCIA A LA SUBVENCIÓN PARA LA COMPENSACIÓN DE GASTOS FARMACOLÓGICOS PARA PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL O PENSIONISTAS O MENORES DE EDAD O EN DESEMPLEO**

**F DECLARACIÓ RESPONSABLE DE LA PERSONA SOL·LICITANT**  
**DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA PERSONA SOLICITANTE**

Declaro no estar sotmesa a les prohibicions previstes en l'article 13 de la Llei 38/2003 General de Subvencions, que determina la prohibició per a obtindre la condició de beneficiària de subvencions i ressalta especialment la de no ser deutora per reintegrament de subvencions. Declaro que totes les dades que figuren en esta sol·licitud són certes, i es comprometo a destinar l'import de la subvenció que sol·licita a la finalitat indicada.  
*Declaro no estar incurso en las prohibiciones previstas en el artículo 13 de la Ley 38/2003 General de Subvenciones, que determina la prohibición para obtener la condición de beneficiaria de subvenciones, resaltando especialmente la de no ser deudora por reintegro de subvenciones. Declaro que todos los datos que figuran en esta solicitud son ciertos, comprometiéndome a destinar el importe de la subvención que solicita a la finalidad indicada.*

Declaro que totes les dades i declaracions responsables que figuren en aquesta sol·licitud són certes, i que la persona sol·licitant es comprometo a destinar l'import de la subvenció que sol·licita al compliment dels objectius i activitats que fonamenta la concessió de la subvenció.  
*Declaro que todos los datos y declaraciones responsables que figuran en esta solicitud son ciertos, y que la persona solicitante se compromete a destinar el importe de la subvención que solicita al cumplimiento de los objetivos y actividades que fundamenta la concesión de la subvención.*

**G SOL·LICITD / SOLICITUD**

La persona interessada, o pare, mare o tutor, RENUNCIA a la subvenció per a la compensació de despeses. Així mateix, es comprometo a comunicar a la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública qualsevol variació que es produísca en les seues dades personals.  
*La persona interesada o padre, madre o tutor, RENUNCIA a la subvención para la compensación de gastos. Asimismo, se compromete a comunicar a la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública cualquier variación que se produzca en sus datos personales.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
 El sol·licitant / El solicitante

**H INFORMACIÓ ADDICIONAL / INFORMACIÓN ADICIONAL**

**On s'ha de presentar la sol·licitud?**

- En el centre sanitari de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública que correspon per domicili.
- En la Direcció territorial de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, si no està adscrit a cap centre sanitari.
- De qualsevol de les maneres que preveu la legislació reguladora del procediment administratiu comú de les administracions públiques.

**¿Dónde se debe presentar la solicitud?**

- En el centro sanitario de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, que corresponda por domicilio.
- En la dirección territorial de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, en caso de no adscripción a un centro sanitario.
- En cualquiera de las formas previstas en la legislación reguladora del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.

**PROTECCIÓ DE DADES:** De conformitat amb el Reglament General de Protecció de Dades, les dades de caràcter personal que ens proporcione seran tractades per la Generalitat per a procedir a la tramitació de la seua sol·licitud a l'empara de la normativa vigent.

**PROTECCIÓN DE DATOS:** De conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos, los datos de carácter personal que nos proporcione serán tratados por la Generalitat para proceder a la tramitación de su solicitud al amparo de la normativa vigente.

Podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició, supressió, portabilitat i limitació del tractament davant la conselleria que gestione la seua ajuda, així com reclamar, si escau, davant l'autoritat de control en matèria de protecció de dades, especialment quan no haja obtingut satisfacció en l'exercici dels seus drets. Visite el següent enllaç per a més informació: [http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/TEXTO\\_INFORMACION\\_ADICIONAL\\_V.pdf](http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/TEXTO_INFORMACION_ADICIONAL_V.pdf)

Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento ante la conselleria que gestione su ayuda, así como reclamar, en su caso, ante la autoridad de control en materia de protección de datos, especialmente cuando no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos. Visite el siguiente enlace para más información: [http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/TEXTO\\_INFORMACION\\_ADICIONAL.pdf](http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/TEXTO_INFORMACION_ADICIONAL.pdf)

REGISTRE D'ENTRADA  
 REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
 FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	
DNI / NIF / NIE		NÚMERO SIP		NACIONALITAT / NACIONALIDAD	
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	MÒBIL / MÓVIL	FAX	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)	
SUBVENCIÓ A QUÈ RENUNCIA: / SUBVENCIÓN A QUE RENUNCIA:					
PERSONA AMB DIVERSITAT FUNCIONAL PERSONA CON DIVERSIDAD FUNCIONAL		PENSIONISTA	MENORS D'EDAT MENORES DE EDAD	PERSONES EN SITUACIÓ DE DESOCUPACIÓ PERSONAS EN SITUACIÓN DE DESEMPLEO	

**B DADES DEL PARE, MARE O TUTOR/A QUE FIRMA LA SOL·LICITUD (SI ÉS EL CAS DE MENORS)  
DATOS DEL PADRE, MADRE O TUTOR/A QUE FIRMA LA SOLICITUD (EN CASO DE MENORES)**

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI / NIE	TELÈFON / TELÉFONO
DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)		

**C NOTIFICACIONS (SI ÉS DIFERENT A L'APARTAT A) / NOTIFICACIONES (SI ES DISTINTO AL APARTADO A)**

DOMICILI (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX	ADREÇA ELECTRÒNICA / CORREO ELECTRÓNICO (*)		
Indique en quina llengua desitja rebre les notificacions: Indique en qué lengua desea recibir las notificaciones:			Si el sol·licitant és persona física, accepta la notificació per mitjans electrònics: Si el solicitante es persona física, acepta la notificación por medios electrónicos		
Valencià / Valenciano		Castellà / Castellano		SI	

(\*) A l'efecte de la pràctica de notificacions electròniques, l'interessat haurà de disposar de certificació electrònica en els termes previstos en la seu electrònica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>).

(\*) A efectos de la práctica de notificaciones electrónicas, el interesado deberá disponer de certificación electrónica en los términos previstos en la sede electrónica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>).

**D CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓ (NO-AUTORITZACIÓ)  
CONSULTA INTERACTIVA DE DOCUMENTACIÓN (NO AUTORIZACIÓN)**

D'acord amb el que disposa l'article 28 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, en absència d'oposició expressa per part de la persona interessada, l'òrgan gestor del procediment estarà autoritzat per a obtenir directament les dades dels documents elaborats per qualsevol administració i que per aquest procediment, són les assenyalades a continuació: dades d'identitat i de residència de la persona interessada i, si és el cas, de qui la represente legalment acreditació del compliment de les obligacions tributàries i amb la Seguretat Social, a més dels documents especificats en l'annex corresponent.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas, en ausencia de oposición expresa por parte de la persona interesada, el órgano gestor del procedimiento estará autorizado para obtener directamente los datos de los documentos elaborados por cualquier administración y que para este procedimiento, son los señalados a continuación: datos de identidad y de residencia de la persona interesada y, en su caso, de quien la represente legalmente, acreditación del cumplimiento de las obligaciones tributarias y con la Seguridad Social, además de los documentos especificados en el anexo correspondiente.

En cas de no autoritzar-ho, haurà de marcar la casella, indicant les dades que no autoritze, i aportar els documents corresponents, en els termes exigits per les normes reguladores del procediment. (Art.16.4 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques.)

En caso de no autorizarlo, deberá marcar la casilla, indicando los datos que no autorice, y aportar los documentos correspondientes, en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento. (Art.16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.)

No autoritze l'obtenció de les dades d'identitat (DNI o documento equivalent, si és el cas de persones estrangeres) de la persona sol·licitant o, si és el cas, del representant legal.

No autorizo la obtención de los datos de identidad (DNI o documento equivalente, en caso de personas extranjeras) de la persona solicitante o, en su caso, de su representante legal.

No autoritze l'obtenció de les dades de residència.  
No autorizo la obtención de los datos de residencia.

No autoritze a actualitzar les dades del Sistema d'Informació Poblacional (SIP) amb la informació que aporten altres bases de dades administratives.  
No autorizo a actualizar los datos existentes en el Sistema de Información Poblacional (SIP), con la información aportada por otras bases de datos administrativas.

**E DOCUMENTACIÓ APORTADA / DOCUMENTACIÓN APORTADA**

Fotocòpia confrontada del document d'identificació de la persona sol·licitat. Si és el cas de menors, el llibre de família o certificat de naixement.  
Fotocopia cotejada del documento de identificación de la persona solicitante. En el caso de menores, el libro de familia o certificado de nacimiento.

Fotocòpia confrontada del document d'identificació del pare, la mare o tutor/a, si és el cas.  
Fotocopia cotejada del documento de identificación del padre, madre o tutor/a, en su caso.



**RENÚNCIA A LA SUBVENCIÓ PER A LA COMPENSACIÓ DE DESPESES FARMACOLÒGIQUES PER A PERSONES AMB DIVERSITAT FUNCIONAL O PENSIONISTES O MENORS D'EDAT O EN DESOCUPACIÓ**  
**RENUNCIA A LA SUBVENCIÓN PARA LA COMPENSACIÓN DE GASTOS FARMACOLÓGICOS PARA PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL O PENSIONISTAS O MENORES DE EDAD O EN DESEMPLEO**

**F DECLARACIÓ RESPONSABLE DE LA PERSONA SOL·LICITANT**  
**DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA PERSONA SOLICITANTE**

Declaro no estar sotmesa a les prohibicions previstes en l'article 13 de la Llei 38/2003 General de Subvencions, que determina la prohibició per a obtindre la condició de beneficiària de subvencions i ressalta especialment la de no ser deutora per reintegrament de subvencions. Declaro que totes les dades que figuren en esta sol·licitud són certes, i es compromet a destinar l'import de la subvenció que sol·licita a la finalitat indicada.  
*Declaro no estar incurso en las prohibiciones previstas en el artículo 13 de la Ley 38/2003 General de Subvenciones, que determina la prohibición para obtener la condición de beneficiaria de subvenciones, resaltando especialmente la de no ser deudora por reintegro de subvenciones. Declaro que todos los datos que figuran en esta solicitud son ciertos, comprometiéndome a destinar el importe de la subvención que solicita a la finalidad indicada.*

Declaro que totes les dades i declaracions responsables que figuren en aquesta sol·licitud són certes, i que la persona sol·licitant es compromet a destinar l'import de la subvenció que sol·licita al compliment dels objectius i activitats que fonamenta la concessió de la subvenció.  
*Declaro que todos los datos y declaraciones responsables que figuran en esta solicitud son ciertos, y que la persona solicitante se compromete a destinar el importe de la subvención que solicita al cumplimiento de los objetivos y actividades que fundamenta la concesión de la subvención.*

**G SOL·LICITD / SOLICITUD**

La persona interessada, o pare, mare o tutor, RENUNCIA a la subvenció per a la compensació de despeses. Així mateix, es compromet a comunicar a la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública qualsevol variació que es produïska en les seues dades personals.  
*La persona interesada o padre, madre o tutor, RENUNCIA a la subvención para la compensación de gastos. Asimismo, se compromete a comunicar a la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública cualquier variación que se produzca en sus datos personales.*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
 El sol·licitant / El solicitante

**H INFORMACIÓ ADDICIONAL / INFORMACIÓN ADICIONAL**

**On s'ha de presentar la sol·licitud?**

- En el centre sanitari de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública que correspon per domicili.
- En la Direcció territorial de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, si no està adscrit a cap centre sanitari.
- De qualsevol de les maneres que preveu la legislació reguladora del procediment administratiu comú de les administracions públiques.

**¿Dónde se debe presentar la solicitud?**

- En el centro sanitario de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, que corresponda por domicilio.
- En la dirección territorial de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, en caso de no adscripción a un centro sanitario.
- En cualquiera de las formas previstas en la legislación reguladora del procedimiento administrativo común de las administraciones públicas.

**PROTECCIÓ DE DADES:** De conformitat amb el Reglament General de Protecció de Dades, les dades de caràcter personal que ens proporcione seran tractades per la Generalitat per a procedir a la tramitació de la seua sol·licitud a l'empara de la normativa vigent.

**PROTECCIÓN DE DATOS:** De conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos, los datos de carácter personal que nos proporcione serán tratados por la Generalitat para proceder a la tramitación de su solicitud al amparo de la normativa vigente.

Podrà exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació, oposició, supressió, portabilitat i limitació del tractament davant la conselleria que gestione la seua ajuda, així com reclamar, si escau, davant l'autoritat de control en matèria de protecció de dades, especialment quan no haja obtingut satisfacció en l'exercici dels seus drets. Visite el següent enllaç per a més informació: [http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/TEXTO\\_INFORMACION\\_ADICIONAL\\_V.pdf](http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/TEXTO_INFORMACION_ADICIONAL_V.pdf)

Podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, supresión, portabilidad y limitación del tratamiento ante la conselleria que gestione su ayuda, así como reclamar, en su caso, ante la autoridad de control en materia de protección de datos, especialmente cuando no haya obtenido satisfacción en el ejercicio de sus derechos. Visite el siguiente enlace para más información: [http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/TEXTO\\_INFORMACION\\_ADICIONAL.pdf](http://www.gva.es/downloads/publicados/PR/TEXTO_INFORMACION_ADICIONAL.pdf)

REGISTRE D'ENTRADA  
 REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
 FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

CSUSP - DGFPS

DIN - A4

IA - 19396-02 - E

CSUSP - DGFPS

DIN - A4

IA - 19607-02 - E