



**A DADES DEL REPRESENTANT / DATOS DEL REPRESENTANTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / CIF
ADREÇA (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO

**B DADES DE L'ENTITAT REPRESENTADA / DATOS DE LA ENTIDAD REPRESENTADA**

NOM O RAO SOCIAL / NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	INSCRITA EN EL REGISTRE DE INSCRITA EN EL REGISTRO DE	CIF
ADREÇA (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO
		FAX

**C FACTURES QUE S'APORTEN / FACTURAS QUE SE APORTAN**

En cas d'associacions o entitats sense ànim de lucre de malalts crònics i/o familiars  
*En caso de asociaciones o entidades sin ánimo de lucro de enfermos crónicos y/o familiares*

Relació numerada de les factures  
*Relación numerada de las facturas*

Professionals  
*Profesionales*

Gastos de material no inventariable (límit 20%)  
*Gastos de material no inventariable (límite 20%)*

Gastos per desplaçaments de voluntaris  
*Gastos por desplazamientos de voluntarios*

En cas d'entitats de **voluntariat** sanitari o entitats sense ànim de lucre els fins del qual siguen millorar la qualitat de vida dels pacients

*En caso de entidades de voluntariado sanitario o entidades sin ánimo de lucro cuyos fines sean mejorar la calidad de vida de los pacientes*

Relació numerada de les factures  
*Relación numerada de las facturas*

Gastos corrents  
*Gastos corrientes*

Gastos per desplaçaments de voluntaris  
*Gastos por desplazamientos de voluntarios*

Gastos de manteniment de la seu  
*Gastos de mantenimiento de la sede*

Gastos de personal administratiu  
*Gastos de personal administrativo*

**D EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN**

Presente la justificació del \_\_\_\_ % de la subvenció concedida per la resolució de data \_\_\_\_\_, segons l'Orde de \_\_\_\_\_  
*Presenta la justificación del \_\_\_\_ % de la subvención concedida por la resolución de fecha \_\_\_\_\_, conforme a la Orden de \_\_\_\_\_*

El sol·licitant o representant declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades en esta sol·licitud i la conformitat amb el que establix la legislació.

*El solicitante o su representante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente solicitud, y su conformidad con lo establecido en la legislación*

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

La persona sol·licitant / La persona solicitante

Firma: \_\_\_\_\_

Les dades de caràcter personal que conté este imprés es poden incloure en un fitxer el tractament del qual gestiona este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent ús de les funcions que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. L'informem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, d'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14.12.1999).

*Los datos de carácter personal que contiene este impreso se pueden incluir en un fichero cuyo tratamiento gestiona este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14.12.1999).*

REGISTRE D'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

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



**A DADES DEL REPRESENTANT / DATOS DEL REPRESENTANTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / CIF
ADREÇA (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO

**B DADES DE L'ENTITAT REPRESENTADA / DATOS DE LA ENTIDAD REPRESENTADA**

NOM O RAO SOCIAL / NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	INSCRITA EN EL REGISTRE DE INSCRITA EN EL REGISTRO DE	CIF
ADREÇA (CARRER / PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO
		FAX

**C FACTURES QUE S'APORTEN / FACTURAS QUE SE APORTAN**

En cas d'associacions o entitats sense ànim de lucre de malalts crònics i/o familiars  
*En caso de asociaciones o entidades sin ánimo de lucro de enfermos crónicos y/o familiares*

Relació numerada de les factures  
*Relación numerada de las facturas*

Professionals  
*Profesionales*

Gastos de material no inventariable (límit 20%)  
*Gastos de material no inventariable (límite 20%)*

Gastos per desplaçaments de voluntaris  
*Gastos por desplazamientos de voluntarios*

En cas d'entitats de **voluntariat** sanitari o entitats sense ànim de lucre els fins del qual siguen millorar la qualitat de vida dels pacients

*En caso de entidades de voluntariado sanitario o entidades sin ánimo de lucro cuyos fines sean mejorar la calidad de vida de los pacientes*

Relació numerada de les factures  
*Relación numerada de las facturas*

Gastos corrents  
*Gastos corrientes*

Gastos per desplaçaments de voluntaris  
*Gastos por desplazamientos de voluntarios*

Gastos de manteniment de la seu  
*Gastos de mantenimiento de la sede*

Gastos de personal administratiu  
*Gastos de personal administrativo*

**D EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN**

Presente la justificació del \_\_\_\_ % de la subvenció concedida per la resolució de data \_\_\_\_\_, segons l'Orde de \_\_\_\_\_  
*Presenta la justificación del \_\_\_\_ % de la subvención concedida por la resolución de fecha \_\_\_\_\_, conforme a la Orden de \_\_\_\_\_*

El sol·licitant o representant declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades en esta sol·licitud i la conformitat amb el que establix la legislació.

*El solicitante o su representante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente solicitud, y su conformidad con lo establecido en la legislación*

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

La persona sol·licitant / La persona solicitante

Firma: \_\_\_\_\_

Les dades de caràcter personal que conté este imprés es poden incloure en un fitxer el tractament del qual gestiona este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent ús de les funcions que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. L'informem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, d'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14.12.1999).

*Los datos de carácter personal que contiene este impreso se pueden incluir en un fichero cuyo tratamiento gestiona este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14.12.1999).*

REGISTRE D'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN ÒRGAN COMPETENT  
FECHA ENTRADA EN ÒRGANO COMPETENTE