

A DADES DE L'ENTITAT / DATOS DE LA ENTIDAD

ENTITAT SUBVENCIONADA / ENTIDAD SUBVENCIONADA

NOM DEL SERVICI O PROGRAMA QUE ES JUSTIFICA / NOMBRE DEL SERVICIO O PROGRAMA QUE SE JUSTIFICA

NÚM. EXPEDIENT / Nº. EXPEDIENTE

IMPORT SUBVENCIÓ (EUROS) / IMPORTE SUBVENCIÓN (EUROS)

NÚM. JUSTIFICACIÓ / Nº. JUSTIFICACIÓN

B CERTIFICACIÓ / CERTIFICACIÓN

Que la present relació de justificants correspon als originals que s'han presentat davant la Direcció Territorial de Benestar Social com a documentació adjunta a esta certificació; que han sigut degudament abonats, i són plenament justificatius de la subvenció concedida per la Conselleria de Benestar Social. (3)

Que la presente relación de justificantes corresponde a los originales que se han presentado ante la Dirección Territorial de Bienestar Social como documentación adjunta a esta certificación; que los mismos han sido debidamente abonados, y son plenamente justificativos de la subvención concedida por la Conselleria de Bienestar Social. (3)

GASTOS DE SOSTENIMENT / GASTOS DE SOSTENIMIENTO

Núm. ordre Nº. orden (1)	Manament pagament/factura Mandamiento pago/factura		Proveïdor Proveedor (2)	Concepte Concepto	Import Importe (EUROS)
	Núm./ Nº	Data / Fecha			

GASTOS DE PERSONAL

Núm. ordre Nº. orden (1)	TC1/TC2		Nom del treballador/a Nombre del trabajador/a	Categoria professional Categoría profesional	Retribució Retribución
	Núm. / Nº	Mes			

 La qual cosa certifica el/la Sr./Sra. _____ , amb DNI _____ ,
 com a _____ .

 Lo que certifica D./Dña. _____ , con DNI _____ ,
 como _____ .

_____ , _____ d _____ de _____

Firma: _____

- (1) S'expressarà el número d'orde que s'assigna al justificant. La còpia acarada que s'acompanya al certificat haurà d'anar numerada amb el mateix número d'orde.
Se expresará el número de orden que se asigna al justificante. La copia compulsada que se acompaña al certificado deberá ir numerada con el mismo número de orden.
- (2) S'expressarà nom o denominació completa del proveïdor o propietari del servici, amb el DNI o CIF.
Se expresará nombre o denominación completa del proveedor o propietario del servicio, con el DNI o CIF.
- (3) La Direcció Territorial de Benestar Social, una vegada acarats els originals, podrà guardar còpia acarada o confrontada d'estos, tornant els originals a l'interessat.
La Dirección Territorial de Bienestar Social, una vez cotejados los originales, podrá guardar copia cotejada o compulsada de los mismos, devolviendo los originales al interesado.

 REGISTRE D'ENTRADA
 REGISTRO DE ENTRADA

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

A DADES DE L'ENTITAT / DATOS DE LA ENTIDAD

ENTITAT SUBVENCIONADA / ENTIDAD SUBVENCIONADA

NOM DEL SERVICI O PROGRAMA QUE ES JUSTIFICA / NOMBRE DEL SERVICIO O PROGRAMA QUE SE JUSTIFICA

NÚM. EXPEDIENT / Nº. EXPEDIENTE

IMPORT SUBVENCIÓ (EUROS) / IMPORTE SUBVENCIÓN (EUROS)

NÚM. JUSTIFICACIÓ / Nº. JUSTIFICACIÓN

B CERTIFICACIÓ / CERTIFICACIÓN

Que la present relació de justificants correspon als originals que s'han presentat davant la Direcció Territorial de Benestar Social com a documentació adjunta a esta certificació; que han sigut degudament abonats, i són plenament justificatius de la subvenció concedida per la Conselleria de Benestar Social. (3)

Que la presente relación de justificantes corresponde a los originales que se han presentado ante la Dirección Territorial de Bienestar Social como documentación adjunta a esta certificación; que los mismos han sido debidamente abonados, y son plenamente justificativos de la subvención concedida por la Conselleria de Bienestar Social. (3)

GASTOS DE SOSTENIMENT / GASTOS DE SOSTENIMIENTO

Núm. ordre Nº. orden (1)	Manament pagament/factura Mandamiento pago/factura		Proveïdor Proveedor (2)	Concepte Concepto	Import Importe (EUROS)
	Núm./ Nº	Data / Fecha			

GASTOS DE PERSONAL

Núm. ordre Nº. orden (1)	TC1/TC2		Nom del treballador/a Nombre del trabajador/a	Categoria professional Categoría profesional	Retribució Retribución
	Núm. / Nº	Mes			

 La qual cosa certifica el/la Sr./Sra. _____ , amb DNI _____ ,
 com a _____ .

 Lo que certifica D./Dña. _____ , con DNI _____ ,
 como _____ .

_____ , _____ d _____ de _____

Firma: _____

- (1) S'expressarà el número d'orde que s'assigna al justificant. La còpia acarada que s'acompanya al certificat haurà d'anar numerada amb el mateix número d'orde.
Se expresará el número de orden que se asigna al justificante. La copia compulsada que se acompaña al certificado deberá ir numerada con el mismo número de orden.
- (2) S'expressarà nom o denominació completa del proveïdor o propietari del servici, amb el DNI o CIF.
Se expresará nombre o denominación completa del proveedor o propietario del servicio, con el DNI o CIF.
- (3) La Direcció Territorial de Benestar Social, una vegada acarats els originals, podrà guardar còpia acarada o confrontada d'estos, tornant els originals a l'interessat.
La Dirección Territorial de Bienestar Social, una vez cotejados los originales, podrá guardar copia cotejada o compulsada de los mismos, devolviendo los originales al interesado.

 REGISTRE D'ENTRADA
 REGISTRO DE ENTRADA

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