

**ANEXO I**

Sello Registro

Exp. Subvención: _____ / _____
Fecha: ____ de ____ de ____*A llenar por la Administración*

Dirigido a: La Consejería de Bienestar Social y Sanidad

**SOLICITUD DE SUBVENCIONES INSTITUCIONALES PARA ENTIDADES Y CENTROS SIN
ÁNIMO DE LUCRO CON ÁMBITO DE ACTUACIÓN EN MELILLA PARA DESARROLLAR
ACCIONES RELATIVAS A LA PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA**

I.- DATOS GENERALES

Nombre o razón social de la Entidad (1):

N.I.F.:	Siglas:	Domicilio (2):	
		C.P.:	
Ámbito (3):	Correo electrónico:	Tlfno.:	Fax:

II.- DATOS PERSONALES DEL PRESIDENTE O RESPONSABLE

Nombre y Apellidos:

Cargo:	D.N.I.:	
Correo electrónico:	Tlfno.:	Fax:

III.- DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA

Titular de la Cuenta:

Banco o Caja :	Sucursal:	
Domicilio :	Localidad:	Provincia:

NÚMERO DE CUENTA CORRIENTE:

Entidad	Oficina	D.C.	Número de cuenta

IV.- Título breve/descripción de el/los programas/proyectos a desarrollar:	Importe en €

V.-Duración de la ejecución del Programa/proyecto a desarrollar:**VI.- Importe total de la Subvención Solicitada:**

En cifra:	€
En letra:	Euros.

- (1) Deberá coincidir con la denominación de la entidad que figura en sus Estatutos.
 (2) En ningún caso se podrá consignar como domicilio un apartado de correos.
 (3) Se identificará como estatal, autonómica, provincial o local (según conste en sus Estatutos)

El solicitante de la subvención, en representación de la Entidad _____, conoce y acepta en todos sus términos las Bases Reguladoras de las Subvenciones institucionales para entidades y centros sin ánimo de lucro con ámbito de actuación en Melilla y la Convocatoria correspondiente al presente ejercicio, declara que la Entidad de referencia cumple todos los requisitos en ellas establecidos y autoriza a la Ciudad Autónoma de Melilla a la consulta de los datos tributarios y de justificación de subvenciones previas que en ella obren y a solicitar a la Agencia Estatal de Administración Tributaria y a la Tesorería General de la Seguridad Social la comprobación de los datos relativos al cumplimiento de sus obligaciones Tributarias y con la Seguridad Social para constatar que se cumplen los requisitos establecidos en la normativa reguladora del presente procedimiento.

En Melilla, a ____ de _____ de _____

Fdo.: _____