



**MODELO DE INSTANCIA**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL ASPIRANTE:

APELLIDOS Y NOMBRE: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_  
FECHA NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_  
CALLE, AVDA., PLAZA Y NÚMERO: \_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD: \_\_\_\_\_  
PROVINCIA: \_\_\_\_\_  
TELÉFONO FIJO/ MÓVIL: \_\_\_\_\_  
CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

El abajo firmante manifiesta su voluntad de participar en el programa de prácticas formativas para personas con discapacidad de Benafigos, correspondiente a la convocatoria publicada en el BOP N° 23, de 23 de febrero de 2017.

Y DECLARA responsablemente:

- a) Que no está disfrutando de otra beca o ayuda de análoga o similar finalidad, ni desarrollará actividad laboral durante la beca.
- b) Que se encuentra al corriente de sus obligaciones tributarias y frente a la S.S.
- c) Que va a mantener estas condiciones durante la vigencia de la beca.
- d) No estar sometido a las prohibiciones para obtener la condición de beneficiario/a, señaladas en los apartados 2 y 3 del artículo 13.7 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre General de Subvenciones.
- e) Señálese lo que proceda. Se acompaña fotocopia compulsada de los siguientes documentos:
  1. Documento acreditativo de empadronamiento en el municipio de Benafigos.
  2. Copia del DNI del solicitante
  3. Documentación acreditativa del grado de discapacidad
  4. Documentación acreditativa de méritos relacionados directamente con la beca.
  5. Libro de Familia en el caso de tener menores a su cargo.

**DECLARO**, que no disfruto de otra beca, ayuda o subsidio, ni percibo otra remuneración por contrato laboral y la aceptación de las condiciones establecidas en las bases de la convocatoria.

En Benafigos, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

Fdo. : \_\_\_\_\_

**Alcaldesa-Presidenta del Ayuntamiento de Benafigos**