



Procedemento:

CONVOCATORIA DE AXUDAS MUNICIPAIS DE APOIO Á REACTIVACIÓN DA ACTIVIDADE ECONÓMICA

Código do Procedemento:

50004

Documento

SOLICITUDE

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚM	LETRA	ESC	PISO	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	LOCALIDADE	PARROQUIA	TOPONIMIA			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PROVINCIA	MUNICIPIO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					
TELÉFONO	TELÉFONO MÓBIL	CORREO ELECTRÓNICO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF/CIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATOS PARA OS EFECTOS DE NOTIFICACIÓN PARA PERSOAS FÍSICAS

Estos datos surtirán efecto únicamente no expediente asociado a esta solicitude.

Notifíquese a: **Persoa solicitante** **Persoa ou entidade representante**

No suposto de non indicar a persoa a quen notificar, a notificación practicarase no enderezo do solicitante.

ELECCIÓN DO MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE

As persoas xurídicas están obrigadas a relacionarse a través de medios electrónicos coa administración, polo que non é preciso que cubran este espazo.

Electrónica: A través da sede electrónica do Concello de Vilagarcía de Arousa (<https://sede.vilagarcia.gal/>)

Postal: (cubrir o enderezo postal só se é distinto ao indicado para o solicitante)

TIPO DE VÍA	NOME DA VÍA	NÚM	LETRA	ESC	PISO	PORTA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
CP	LOCALIDADE	PARROQUIA	TOPONIMIA			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
PROVINCIA	MUNICIPIO					
<input type="text"/>	<input type="text"/>					

AUTORIZACIÓN PARA COMPROBACIÓN DE DATOS PERSOAIS

Autorizo expresamente a comprobación, consulta e obtención telemática dos datos referidos a esta solicitude segundo o disposto na Lei 39/2015 de 1 de outubro. **Autorizo** **Non Autorizo**

PROTECCIÓN DE DATOS PERSOAIS

Responsable do tratamento	Concello de Vilagarcía de Arousa
Finalidades do tratamento	Xestión do procedemento e actuacións administrativas
Lexitimación para o tratamento	O exercizo de potestades públicas segundo a normativa aplicable detallada no Rexistro de Tratamento e de uso histórico, estatístico e científico: (Sede Electrónica/Transparencia/Protección de Datos/Rexistro de Actividades Tratamento)
Destinatarios dos datos	Administracións Públicas e segundo o Rexistro de Tratamento
Exercicio de dereitos	Acceder, rectificar e suprimir os datos, ou calquera outro dereito recoñecido no Regulamento UE Xeral de Protección de Datos e a Lei Orgánica 3/2018
Contacto delegado/a de protección de datos e máis información	https://sede.vilagarcia.gal/ ou dpd@vilagarcia.gal



TIPO DE BENEFICIARIO/A:

Segundo a BASE TERCEIRA da convocatoria, o meu establecemento/actividade comercial encádrase na tipoloxía seguinte por cumprir todos e cada un dos requisitos recollidos en dito punto:

a.- Titulares de actividades e establecementos afectados polo peche total de actividade.

Solicitante titular dun único establecemento. Contía solicitada:

Solicitante titular de varios establecementos. Contía solicitada:

b.- Titulares de actividades e establecementos con peche parcial ou diminución de actividade.

Solicitante titular dun único establecemento. Contía solicitada:

Solicitante titular de varios establecementos. Contía solicitada:

ACTIVIDADE:

Deberá de explicar brevemente cal é a súa actividade productiva e os motivos, derivados do establecemento do estado de alarma, que imposibilitan ou impiden a mesma. Tamén poderá facer constar aquelas observacións que considere pertinentes.

CNAE SECTOR DA ACTIVIDADE:

NOME COMERCIAL

ENDEREZO

3.- DECLARACIÓN RESPONSABLE:

1- O/a abaixo asinante declara baixo a súa **responsabilidade que a actividade/establecemento, CUMPRE OS REQUISITOS** das bases reguladoras e convocatoria do programa obxecto desta solicitude, concretamente os seguintes:

- Que o balance de ingresos e gastos da súa actividade durante o período de permanencia en vigor do estado de alarma, foi negativo en cantidade igual ou maior á contía obxecto de solicitude.
- Que a persoa solicitante reúne os requisitos para ser considerada micro-empresa ou pequena empresa de conformidade co Anexo I do Regulamento (UE) 651/2014 da Comisión do 17 de xuño de 2014.
- Que a persoa solicitante non está incurso en prohibicións para obter a condición de beneficiaria e para ser receptora do pago, establecidas na lei 38/2003 do 17 novembro e, en concreto, apartados 2 e 3 do artigo 13 e o apartado 5 do artigo 34 da mesma.
- Que a persoa solicitante comprométese á comunicación das subvencións concedidas con anterioridade á presentación da subvención, coa mesma finalidade e o compromiso de comunicar á maior brevidade as axudas obtidas con posterioridade á presentación da solicitude e antes da resolución da mesma.
- Que o importe recibido en concepto de axuda, será destinado a paliar os efectos do COVID_19 sobre a actividade obxecto de axuda e ao mantemento da mesma.
- Que son certos os datos aportados e os que constan na documentación que se achega, e que se compromete a cumprir coas especificacións e bases da convocatoria de axudas municipais de apoio á reactivación da actividade económica.
- Que se compromete a cumprir con calquera outras autorizacións e requisitos que sexan necesarios para o exercicio da actividade.

2.- Suspensión de prazos.

A Disposición Adicional Terceira do R.D. 463/2020 recolle: "No obstante o anterior, o órgano competente poderá acordar, mediante resolución motivada, as medidas de ordenación e instrucción estritamente necesarias para evitar prexuízos graves nos dereitos e intereses do interesado no procedemento e sempre que este manifeste a súa conformidade, ou cando o interesado manifeste a súa conformidade con que non se suspenda o prazo.

- No tocante ao procedemento que nos ocupa, ratifico a miña conformidade con que se non se suspendan os prazos administrativos recollidos en dita Disposición Adicional Terceira.

DATOS BANCARIOS

BANCO/CAIXA OFICINA

IBAN

TITULAR DA CONTA BANCARIA NIF DO TITULAR DA CONTA BANCARIA



DOCUMENTACIÓN APORTADA

Copia do DNI.

Certificado de alta no IAE.

Certificado de alta na Seguridade Social.

Certificado de atoparse ó corrente de pago en AEAT, Facenda e Seguridade Social.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar

Data

(Sinatura da persoa solicitante ou representante)

Sr./a. Alcalde/sa Presidente/a do Concello de Vilagarcía de Arousa