



SOLICITUD DE AYUDAS SOS COMMURCIA 2020

DATOS PERSONALES DE LA ENTIDAD SOLICITANTE (Todos los campos son obligatorios)

Razón Social			C.I.F.		
Domicilio social		Código Postal	Ciudad	Provincia	País
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico			

DATOS PERSONALES DEL REPRESENTANTE O PERSONA FÍSICA QUE REALIZA LA SOLICITUD EN NOMBRE DE LA ENTIDAD SOLICITANTE si fuera distinto de aquella (Todos los campos son obligatorios)

1º apellido	2º apellido	Nombre	Número de colegiado		
Dirección Postal		Código Postal	Ciudad	Provincia	País
Teléfono fijo	Teléfono móvil	Correo electrónico			

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD QUE:

La entidad solicitante tiene previsto realizar un proyecto o actividad de Cooperación Sanitaria relacionado con acciones de cooperación internacional en países en vías de desarrollo y de economías de transición, o en colectivos nacionales en claro riesgo de exclusión social, bajo la denominación de

Documentación aportada (marque lo que corresponda):

Marcar	Documento	Verificación del funcionario	Subsanación
<input type="checkbox"/>	Documentación acreditativa de la entidad personal o de la representación		
<input type="checkbox"/>	Descripción de la actividad para la que se solicita la ayuda		
<input type="checkbox"/>	Circunstancias que expliquen la viabilidad de la actividad		
<input type="checkbox"/>	Presupuesto total de la actividad con el desglose de las diferentes partidas de gasto y previsiones de ingresos		
<input type="checkbox"/>	Comunicación de ayudas recibidas o previstas y detalle de los gastos atribuidos a cada financiador		
<input type="checkbox"/>	Medios personales, materiales e infraestructura con que cuenta el solicitante para realizar la actividad		
<input type="checkbox"/>	Referencia de actividades realizadas con anterioridad, relacionadas con aquella para la que solicita la ayuda		
<input type="checkbox"/>	Memoria de actividades del último ejercicio		
<input type="checkbox"/>	Otra documentación adicional *		

* Otros: Especifique su naturaleza

SOLICITA una ayuda para la actividad mencionada y declara ser ciertos los datos mencionados, de cuya veracidad me hago responsable. En caso de falsedad se derivarán las responsabilidades previstas en la normativa vigente.

Murcia a, de de 2020
(Firma del/la interesado/a)

Sr. Presidente del Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia

Si es posible, escriba a máquina o con letra mayúscula. Se presentará copia compulsada u original y copia para cotejo de los documentos indicados.