DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL REPRESENTANTE LEGAL DE [ESCRIBA EL NOMBRE DE LA ENTIDAD] RESPECTO A OTRAS SUBVENCIONES DE AYUDAS SOLICITADAS Y/O CONCEDIDAS CON LA MISMA FINALIDAD A LA ENTIDAD EN LA CONVOCATORIA 2020 DE LA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS PARA LA CONTRATACIÓN LABORAL DE PERSONAL INVESTIGADOR DOCTOR/A EN CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS DE LA SALUD, PARA SU INCORPORACIÓN A GRUPOS DE INVESTIGACIÓN EN CENTROS DEL SSPA Y EN INSTITUTOS DE INVESTIGACIÓN SANITARIA Y CENTROS DE INVESTIGACIÓN PARTICIPADOS POR LA CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS

D/Dº……………………………………………………….…. CON, DNI…………………………... EN REPRESENTACIÓN DE LA [ESCRIBA EL NOMBRE DE LA ENTIDAD]

DECLARA:

1. La Propuesta Provisional de Resolución del Servicio de Investigación de la Consejería de Salud y Familias, por la que se hacen públicas las relaciones de entidades beneficiarias y no beneficiarias de subvenciones para la incorporación de personal investigador con grado de Doctor en el campo de las ciencias y tecnologías de la salud en centros de I+D+i del SSPA y en centros de investigación participados por la Consejería de Salud y Familias, propone para financiar la siguiente actividad:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **<Expediente>** | <IR del Grupo> | <Título de la actividad> | <Candidato/a propuesto> |

1. Que no se han solicitado ni obtenido otras subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta actividad.
2. Que se han solicitado u obtenido otras subvenciones o ayudas para la misma finalidad relacionadas con esta actividad, siendo el estado de las mismas el siguiente:

*(describir qué ayudas son y en qué estado se encuentran)*

(ELEGIR OPCIÓN 2 Ó 3 SEGÚN CORRESPONDA)

Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente en ………….

FIRMA DIGITAL