**ANEXO I**

**SUBVENCIONES PARA EL APOYO AL COMERCIO DE PROXIMIDAD Y A LA VENTA AMBULANTE.**

**EN EL CASO DE AUTÓNOMOS:**

Nombre y apellidos …………………………………................................. NIF…....…………………..………

Domicilio a efecto de notificaciones……....................................................................................................

Localidad ………....................................................................…… Código Postal............................

Domicilio del centro productivo o de trabajo………………………………………………........……………….

Teléfonos ……………………… Correo electrónico …………………………………........……………………

**EN EL CASO DE SOCIEDADES / COMUNIDADES DE BIENES:**

Denominación …………………………………………….......……………... CIF …………………………........

Domicilio social ……………………………...............................................................……..…………………...

Localidad ………....................................................................…… Código Postal..............................

Teléfonos ……………………… Correo electrónico ……………………………………………………………..

DATOS DEL REPRESENTANTE:

Nombre y apellidos …………………………………........................... NIF…..…………………..……………….

Domicilio ………………………………………… Localidad ……………………………………………………….

**SOLICITA SUBVENCIÓN** para la LÍNEA que se indica:

* LÍNEA 1: Por un gasto de …………… euros (sin incluir el IVA), conforme al siguiente desglose:

Gasto ya realizado: …………… euros, en los siguientes conceptos: ………………………….

…………………………………………………………………………………………………………..

Gasto previsto: …………… euros, en los siguientes conceptos: ……………………………….

…………………………………………………………………………………………………………..

* LÍNEA 2: Por un gasto de …………… euros (sin incluir el IVA), conforme al siguiente desglose:

Gasto ya realizado: …………… euros, en los siguientes conceptos: ………………………….

…………………………………………………………………………………………………………..

Gasto previsto: …………… euros, en los siguientes conceptos: ……………………………….

…………………………………………………………………………………………………………..

Y acompaña la documentación justificativa de los mismos, tal y como se recoge en la base novena de la convocatoria.

**DECLARA**:

* Que cumple los requisitos necesarios para ser beneficiario de estas ayudas, previstos en la base cuarta de la convocatoria.
* Que no está incurso en ninguna de las prohibiciones para obtener la condición de beneficiario de subvenciones previstas en el art. 13.2 LGS, incluida la ausencia de deudas con la Seguridad Social, con la AEAT y con la Diputación de Valladolid.
* Que autoriza a la Diputación de Valladolid para recabar la información a que alude la base octava, apartado segundo, de la convocatoria.
* Que SI / NO (subrayar lo que proceda) ha solicitado o le ha sido concedida subvención para la misma finalidad por parte de instituciones públicas o privadas.

*Si ha solicitado o recibido otra subvención para la misma finalidad deberá indicar entidad receptora o concedente e importe*:

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………….., a ………. de ……………… de 2021

Fdo…………………………………………………………..

*A continuación se le indica la información básica sobre el tratamiento de sus datos personales. Puede consultar la información adicional sobre protección de datos y el “Registro de Actividades de Tratamiento” en nuestra Página Web/Política de Privacidad.*

*-****Responsable del Tratamiento****: Diputación de Valladolid (a través del Servicio de la Oficina del Emprendedor).*

*-****Base jurídica****: Tratamiento necesario para el cumplimiento de una misión de interés público aplicable al responsable del tratamiento*

*-****Finalidad****: Fomento del autoempleo.*

*-****Destinatarios****: No está previsto comunicación de datos, salvo para la obtención de certificados acreditativos de inexistencia de deudas.*

*El ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento, o portabilidad podrá ejercerse poniéndose en contacto con nosotros a través del buzón de correo electrónico* *dpd@dipvalladolid.es* *indicando la siguiente información:*

 *-Fotocopia del DNI (por las dos caras) del titular de los datos que ejercita su derecho.*

 *-Tipo de derecho que desea ejercitar.*

*-Tratamiento asociado (en este caso,“colectivo de solicitantes que participan en la convocatoria de SUBVENCIONES PARA EL APOYO AL COMERCIO DE PROXIMIDAD Y A LA VENTA AMBULANTE*

**ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE VALLADOLID**