

ANEXO 2

DECLARACIÓN DE NO INCURRIR EN NINGUNA DE LAS CIRCUNSTANCIAS QUE IMPIDAN LA CONDICIÓN DE SER BENEFICIARIO DE SUBVENCIONES PÚBLICAS

El Sr./Sra.: _____

Presidente/a de la entidad: _____

Con CIF: _____ Dirección: _____

CP: _____ Localidad: _____

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que a día de la fecha, no concurre en mí ninguna de las circunstancias establecidas en el artículo 13 de la Ley General de Subvenciones que impiden obtener la condición de beneficiario de subvenciones públicas

Muro de Alcoy, _____ de _____ de 2025.

Firmado: _____

ANEXO 3

El Sr./La Sra. _____,
con DNI _____, en calidad de representante legal de la entidad

DECLARA

Que dicha entidad se ha inscrito en el Registro Municipal de Asociaciones de este Ayuntamiento y ha presentado toda la documentación solicitada.

Y para que conste, firmo la presente declaración.

Muro, _____ de _____ de 2025.

Firmado: _____

ANEXO 4

CERTIFICACIÓN DE LA EXISTENCIA DE OTRAS SUBVENCIONES PARA EL MISMO PROYECTO O SERVICIO

El Sr./La Sra.: _____

Secretario/a de la entidad: _____

CERTIFICA (*):

Que esta entidad no ha obtenido ninguna subvención para el mismo proyecto o servicios de otras entidades públicas:

Muro de Alcoy, _____ de _____ de 2025.

Visto bueno,

Presidente/a

Secretario/a

Firmado: _____

Firmado: _____

Que esta entidad ha obtenido (**) las subvenciones siguientes para el mismo proyecto o servicio de otras entidades públicas, sin que la suma de las distintas ayudas haya sido superior al coste total del proyecto o servicio.

Entidad	Subvención solicitada	Subvención concedida

Muro de Alcoy, _____ de _____ de 2025.

Visto bueno,

Presidente/a

Secretario/a

(*) Diligénciese sólo lo que proceda.

(**) Deberán indicarse las solicitadas, independientemente de que hayan sido concedidas o no.

Ajuntament de Muro de Alcoy

Placeta Molina, 4, Muro de Alcoy. 03830 (Alacant). Tel. 965530557. Fax: 965531769

ANEXO 5a

DECLARACIÓN DE ENCONTRARSE AL CORRIENTE DE LAS OBLIGACIONES TRIBUTARIAS Y FRENTE A LA SEGURIDAD SOCIAL

El Sr./La Sra.: _____,

con DNI: _____,

Presidenta/a de la entidad: _____

con CIF: _____ Dirección: _____

CP: _____ Población: _____

Declaro bajo mi responsabilidad

Que en día de la fecha, esta entidad se encuentra al corriente en el cumplimiento de sus obligaciones tributarias y frente a la SS, y así lo hago constar con la documentación aportada.

Y para que conste, firmo la presente declaración.

Muro, _____ de _____ de 2025.

Firmado: _____

ANEXO 5b

**AUTORIZACIÓN CONSULTA DE ENCONTRARSE AL CORRIENTE DE LAS
OBLIGACIONES TRIBUTARIAS Y FRENTE A LA SEGURIDAD SOCIAL**

El Sr./La Sra.: _____,

con DNI: _____,

Presidenta/a de la entidad: _____

con CIF: _____ Dirección: _____

CP: _____ Población: _____

Autorizo para que el Ayuntamiento pueda solicitar a la Agencia Tributaria y la Seguridad Social la información necesaria que acredite que la entidades y/o asociación, está al corriente de sus obligaciones con estos organismos.

Y para que conste, firmo la presente declaración.

Muro, _____ de _____ de 2025.

Firmado: _____

ANEXO 6

DESCRIPCIÓN GLOBAL DEL PROYECTO-MEMORIA

--

ACTIVIDAD

--

FECHA Y LUGAR

--

INGRESOS (especificar)

GASTOS (especificar)

SUBVENCIÓN SOLICITADA

--

ACTIVIDAD

FECHA Y LUGAR

INGRESOS (especificar)

GASTOS (especificar)

SUBVENCIÓN SOLICITADA

ACTIVIDAD

FECHA Y LUGAR

INGRESOS (especificar)

GASTOS (especificar)

SUBVENCIÓN SOLICITADA

ACTIVIDAD

FECHA Y LUGAR

INGRESOS (especificar)

GASTOS (especificar)

SUBVENCIÓN SOLICITADA

En Muro, _____ de _____ de 2025.

El/La Secretario/a o El/La Presidente/a

Firmado: _____

ANEXO 7

El Sr./La Sra.: _____,

con DNI: _____,

Presidenta/a de la entidad: _____

con CIF: _____ Dirección: _____

CP: _____ Población: _____

DECLARO RESPONSABLEMENTE

A- Que el número de socios que se adjuntan en documento aportado es veraz.
(aportar certificado)

B- Sobre la antigüedad de la asociación. (aportar documento que acredite)

En Muro, _____ de _____ de 2025.

El/La Presidente/a

Firmado: _____

ANEXO 9

Sr/Sra: _____ como Secretario/a
o Presidente/a de la entidad: _____
con CIF: _____ Dirección: _____

CP: _____ Población: _____

Doy fe de la veracidad de la documentación aportada siguiente:

- Copias de la nóminas de los trabajadores de la asociación

En Muro, _____ de _____ de 2025.

El/La Secretario/a o El/La Presidente/a

Firmado: _____

ANEXO 10

RELACIÓN DE DOCUMENTOS JUSTIFICATIVOS DE LOS GASTOS SUBVENCIONADOS

Núm. orden	CIF proveedor	Descripción del gasto realizado	Importe	Fecha de pago
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				

30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
TOTAL IMPORTE JUSTIFICADO				

En Muro, _____ de _____ de 2025.

El/La Secretario/a o El/La Presidente/a

Firmado: _____