

## DECLARACIÓN RESPONSABLE

D./ D<sup>a</sup>:

con DNI /NIF n<sup>o</sup>:

En  
representación  
de

con DNI /NIF n<sup>o</sup>:

Habiendo solicitado subvención al amparo de la convocatoria aprobada por Resolución 2421E/2017, de 28 de julio, del Director General de Salud, por la que se aprueban las bases reguladoras de la convocatoria de concesión de subvenciones para el tratamiento de personas con trastorno del espectro autista de enero a septiembre de 2017,

### DECLARO:

No hallarme incurso/a en ninguna de las prohibiciones establecidas en el artículo 13 de la Ley Foral 11/2015, de 9 de noviembre, de subvenciones

### Respecto a anteriores convocatorias:

- Haber permanecido residiendo en la Comunidad Foral de Navarra desde la anterior convocatoria
- Haber aportado Informe médico acreditativo de Trastorno del Espectro Autista
- Haber aportado documentación acreditativa de la representación legal, que no ha sufrido cambios

### Respecto a otras subvenciones obtenidas:

- Que **NO he obtenido** ningún tipo de subvención de otras Administraciones Públicas, entes públicos o privados, o de particulares nacionales o internacionales, en relación con el objeto de esta solicitud
- Que **SI he obtenido** algún tipo de subvención de otras Administraciones Públicas, entes públicos o privados, o de particulares nacionales o internacionales, en relación con el objeto de esta solicitud

ENTIDAD	CONCEPTO	CUANTÍA

***Igualmente, me comprometo a comunicar por escrito a este Departamento, en el plazo máximo de 15 días a partir de su notificación, cualquier modificación que se produzca en las subvenciones especificadas en esta declaración. Así mismo, me comprometo a ponerlo en conocimiento de toda entidad pública a la que haya solicitado algún tipo de subvención.***

Pamplona, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

*(Firma de la persona interesada o del padre/madre/tutor/tutora o representante legal)*