



AYUNTAMIENTO
DE
CAUDIEL

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRE			
DNI		FECHA NACIMIENTO		NACIONALIDAD		SEXO	
CALLE, AVDA., PLAZA						NUMERO	
CODIGO POSTAL		LOCALIDAD			PROVINCIA		
TELÉFONO FIJO		TELÉFONO MÓVIL		FAX		CORREO ELECTRÓNICO	

ESTUDIOS

ESTUDIOS		CURSO	
----------	--	-------	--

El abajo firmante manifiesta su voluntad de participar en el programa de prácticas formativas de Ayuntamiento de Caudiel Y DECLARA RESPONSABLEMENTE:

- a) Que no está disfrutando de otra beca o ayuda de análoga o similar finalidad, ni desarrollará actividad laboral durante la beca.
- b) Que se encuentra al corriente de sus obligaciones tributarias y frente a la Seguridad Social.
- c) Que va a mantener estas condiciones durante la vigencia de la beca.
- d) No estar sometido a las prohibiciones para obtener la condición de beneficiario, beneficiaria señaladas en los apartados 2 y 3 del artículo 13.7 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones..
- e) Que no ha disfruta anteriormente de una Beca similar en el municipio de Caudiel

FIRMA		REGISTRO ENTRADA AYTO	
Fdo.:			