ANEXO II

DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA OBTENER LA CONDICIÓN DE BENEFICIARIO

AYUNTAMIENTO DE BEAS DE SEGURA
PASEO DE LA CONSTITUCIÓN, 1
TLF. 953424000 / FAX. 953458009
23280 BEAS DE SEGURA

DATOS PERSONALES		
NOMBRE Y APELLIDOS		D.N.I./N.I.E.
DOMICILIO	TELÉFONO	CÓDIGO POSTAL
POBLACIÓN	PROVINCIA	
EN REPRESENTACIÓN DE		D.N.I./N.I.E.

DECLARA

Bajo su responsabilidad, no hallarse incurso en ninguna de las circunstancias recogidas en el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, autorizando al Ayuntamiento de Beas de Segura, mediante la firma del presente documento, a realizar las comprobaciones que estime oportunas para verificar tal circunstancia.

BEAS DE SEGURA, A DE DE

Fdo.:

SR. ALCALDE-PRESIDENTE DEL AYUNTAMIENTO DE BEAS DE SEGURA