|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA LA CONVOCATORIA CORRESPONDIENTE A LA RESOLUCIÓN 60E/2025, DE 3 DE FEBRERO, DEL DIRECTOR GENERAL DE SALUD [[1]](#footnote-1)** | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Nombre completo de la asociación o entidad solicitante: | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | N.I.F./C.I.F.: | |  | | | | | Nº Registro: | | |  | | | | | | |  |
|  | Domicilio: C/ | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Localidad: |  | | | | | | | | Código postal: | | |  | | | | |  |
|  | Teléfono: |  | | | | | | Fax: |  | | | | | | | | |  |
|  | Correo electrónico: | | |  | | | | | | Número de personas socias: | | | | |  | | |  |
|  | Persona de contacto: | | | |  | | | | | | Teléfono: | |  | | | | |  |
|  | Nombre y dos apellidos de quien representa a la asociación o entidad: | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Cantidad total solicitada: | | | | |  | | | euros | | | | | | | | |  |
|  | ¿Es la primera vez que solicita ayuda del Gobierno de Navarra?: | | | | | | | | | | | SI | |  | | NO |  |  |
|  | D./Dña (nombre y 2 apellidos): | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | En representación de (entidad o asociación): | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Con N.I.F.: |  | | | | | Declaro que la citada entidad/asociación **reúne los** | | | | | | | | | | |  |
|  | **requisitos exigidos en la convocatoria arriba mencionada** del Departamento de Salud | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Pamplona-Iruña,       de       de | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REPRESENTACIÓN DE QUIEN SOLICITA LA SUBVENCIÓN** | | | | | | | | |
| D./Dña. |  | | | | | | | |
| D.N.I.: |  | | | | | | | |
| Presidente/a de la Asociación | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | N.I.F. nº: |  |
| AUTORIZA a don/doña | | |  | | | | | |
| con D.N.I.: | |  | | | para que presente la solicitud de subvención al Departamento de Salud, en representación de esta  Asociación/Entidad | | | |
|  | | | | | | | | |
| Pamplona-Iruña       de       de | | | | | | | | |
| EL/LA SECRETARIO/A | | | | | | EL/LA PRESIDENTE/A | | |
| Fdo.: | | | | | | Fdo.: | | |
|  | | | | | |  | | |

|  |
| --- |
| **OBJETIVOS GENERALES DE LA ASOCIACIÓN / ENTIDAD** |
|  |

|  |
| --- |
| **ENUMERAR LOS PROGRAMAS PARA LOS QUE SE SOLICITA SUBVENCIÓN** |
|  |

**SOLICITUD DE PAGO ANTICIPADO DE SUBVENCIÓN (\*).**

D./Dña.

Con domicilio en       y DNI

Como representante legal de       con NIF

solicito que, una vez valorada la solicitud de subvención y resuelto el procedimiento, se proceda a realizar el pago anticipado de la cuantía concedida, en los términos previstos en la convocatoria, con la finalidad de hacer frente a los gastos que origina la ejecución del proyecto.

En relación con ello, esta entidad pone de manifiesto que, dados los recursos de que actualmente se dispone, se hace necesario el abono anticipado para poder realizar correctamente el proyecto presentado.

Pamplona-Iruña,       de       de

(Firma de quien representa a la entidad)

|  |
| --- |
| \* Esta declaración debe ser coherente con el balance económico y la previsión de gastos presentada en la solicitud. En todo caso la Comisión de Valoración podrá solicitar la documentación que considere precisa a fin de aceptar o desestimar esta solicitud. |

**DECLARACIÓN RESPONSABLE RESPECTO A OTRAS SUBVENCIONES OBTENIDAS**

**(Deberá aportarse en el momento en que se tenga conocimiento de que se le ha concedido otra u otras subvenciones aplicables a los programas solicitados, o bien a final de año con la memoria en el caso de que no se haya recibido ninguna otra subvención)**

D./ Dña.

Con domicilio en       y DNI

Como representante legal de       con NIF

Que ha solicitado subvención al amparo de la convocatoria aprobada por Resolución 60E/2025, de 3 de febrero, del director general de Salud, formulo la siguiente declaración, de conformidad con la Ley Foral 11/2005, de 9 de noviembre, de Subvenciones:

En relación con la subvención solicitada declaro:

Que la entidad a la que represento **no ha 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 la entidad a la que represento **ha obtenido** las siguientes subvenciones 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 (miles de euros)** |
|  |  |  |

En relación a la actualización de datos, 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-Iruña,       de       de

(Firma de quien representa a la entidad)

**DECLARACIÓN EN RELACIÓN CON LOS REQUISITOS  
DEL ARTÍCULO 13 DE LA LEY FORAL DE SUBVENCIONES.**

D./Dña.

con domicilio en       y DNI

como representante legal de       con NIF

que ha solicitado subvención al amparo de la convocatoria aprobada por Resolución 60E/2025, de 3 de febrero, del director general de Salud, formulo la siguiente declaración:

El artículo 13 de la Ley Foral 11/2005, de 9 de noviembre, de Subvenciones establece que no podrán obtener la condición de beneficiarias de las subvenciones reguladas en dicha Ley Foral, las personas o entidades en quienes concurra alguna de las circunstancias que se enumeran en el mismo.

De conformidad con el citado artículo, declaro que, ni la entidad a la que represento, ni sus administradores o representantes, se hallan incursos en alguna de las siguientes circunstancias:

1. Haber sido condenado, mediante sentencia firme, a la pena de pérdida de la posibilidad de obtener subvenciones o ayudas públicas.
2. Haber solicitado la declaración de concurso, haber sido declarado insolvente en cualquier procedimiento, hallarse declarado en concurso, estar sujeto a intervención judicial o haber sido inhabilitado conforme a la Ley Concursal, sin que haya concluido el periodo de inhabilitación fijado en la sentencia de calificación del concurso.
3. Haber dado lugar, por causa de la que hubiesen sido declarados culpables, a la resolución firme de cualquier contrato celebrado con la Administración.
4. Estar incursa la persona física, quienes administran las sociedades mercantiles o quienes ostenten la representación legal de otras personas jurídicas, en alguno de los supuestos de incompatibilidad que establezca la normativa vigente.
5. No hallarse al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias, frente a la Seguridad Social o de pago de obligaciones por reintegro de deudas a favor de la Administración de la Comunidad Foral de Navarra o sus Organismos Autónomos.
6. Tener la residencia fiscal en un país o territorio calificado reglamentariamente como paraíso fiscal.
7. Haber recibido sanción mediante resolución firme con la pérdida de la posibilidad de obtener subvenciones conforme a lo previsto en la Ley Foral 11/2005, de Subvenciones, o en la legislación general tributaria.

Pamplona-Iruña,       de       de

(Firma de quien representa a la entidad)

**CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL**

D./Dña.

con domicilio en       y DNI

como representante legal de       con NIF

que ha solicitado subvención al amparo de la convocatoria aprobada por Resolución 60E/2025, de 3 de febrero, del director general de Salud, otorga permiso para el tratamiento de los datos de carácter personal contenidos en la solicitud y en la restante documentación presentada a esta convocatoria, conforme a lo dispuesto en el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Este permiso se entiende concedido únicamente a los efectos de la tramitación de la convocatoria antes mencionada.

Pamplona-Iruña,       de       de

(Firma de quien representa a la entidad)

El interesado podrá ejercer sus derechos de: acceso a los datos personales; rectificación o supresión; limitación de su tratamiento u oposición y portabilidad de los datos.

La comunicación de los datos de carácter personal es un requisito necesario para la realización de fin señalado. La no prestación del consentimiento al tratamiento de los datos supondrá la no tramitación de la solicitud presentada. Asimismo, la retirada del consentimiento podrá tener consecuencias en la tramitación del expediente en función de la fase en la que éste se encuentre.

**Esta parte de la solicitud (desde esta hoja hasta el final del documento)  
debe aportarse por cada uno de los programas que se presenten.**

La extensión máxima no debe exceder de 30 páginas  
(contadas desde este punto)

**SOLICITUD DE SUBVENCIÓN PARA EL PROGRAMA A REALIZAR – AÑO 2025**

|  |  |
| --- | --- |
| **PROGRAMA A REALIZAR** | |
| ASOCIACIÓN / ENTIDAD: | N.I.F./C.I.F.: |
| NOMBRE DEL PROGRAMA PARA EL QUE SE SOLICITA SUBVENCIÓN: | CANTIDAD SOLICITADA  € |

|  |
| --- |
| Justificación del programa: **concordancia** con los Planes y Estrategias de Salud de Navarra y Estatales. |
|  |

|  |
| --- |
| **Objetivos generales y específicos del programa**: claridad, relevancia y concreción. Objetivos específicos medibles. |
|  |

|  |
| --- |
| **Población diana**: describir y cuantificar brevemente las características que definen a la población a la que están dirigidas las actividades a realizar o podrían ser beneficiarias de las mismas (según criterios, lugar y tiempo). |
| *Ejemplo:*   * *Personas diagnosticadas de XXX que requieren de necesidades XXX para mejorar las funciones de XXX* * *Familiares que desarrollan labores de cuidados de personas diagnosticadas de XXX* |

|  |
| --- |
| **Actividades** a desarrollar. Descripción detallada: número, contenido, metodología, diseño, tiempos nº personas voluntarias participantes, material requerido… |
|  |

|  |
| --- |
| Calendario previsto para el desarrollo del programa (**sombrear o marcar con X**) |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Actividad** | **Dic** | **Ene** | **Feb** | **Mar** | **Abr** | **May** | **Juni** | **Juli** | **Ago** | **Sept** | **Oct** | **Nov** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| VOLUNTARIADO DEL PROGRAMA | |
| Nº de personas voluntarias | Descripción de la actividad: horas de dedicación, actividades que realizan. |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Método de evaluación de los objetivos y actividades del programa**  Precisión en definición y adecuación de evaluación prevista  **Indicadores y resultados y resumen de actividad** |
| **INDICADORES CUANTITATIVOS de RESULTADO**  Tienen que medir efectivamente el impacto de las acciones mediante cantidad o frecuencia:   * Número personas beneficiarias: Individuales / Grupos (indicando el número de grupos, integrantes de cada grupo y totales de todos los grupos). * Número de sesiones: individuales / Grupales (indicando el número de grupos, integrantes de cada grupo y totales de todos los grupos). * Datos desagregados por sexo.   Indicar en número absolutos. (**NO** son expresiones válidas: proporciones, porcentajes, promedios, tasas, índices…)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ACTIVIDAD** | **INDICADOR CUANTITATIVO** | **RESULTADO PREVISTO** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |   **INDICADORES CUALITATIVOS**  Tienen que medir características que reflejen la calidad de las acciones realizadas mediante una escala de logro o consecución:   * Nivel de satisfacción con la actividad de la persona beneficiaria / profesional * Grado de consecución de objetivos (actividad planificada, objetivos, absentismos…).   Indicar en expresiones de escalas de logro o cumplimiento (Porcentajes (%), escalas (4/5) etc.   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ACTIVIDAD** | **INDICADOR CUALITATIVO** | **RESULTADO PREVISTO** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  | |

1. Independientemente de este modelo, podrá presentarse información complementaria cuando la entidad o asociación lo considere oportuno. [↑](#footnote-ref-1)