**DECLARACIÓN DE OTRA FINANCIACIÓN PÚBLICA**

**AYUDAS A PROYECTOS ESTRATÉGICOS PARA LA TRANSICIÓN INDUSTRIAL DEL SECTOR FARMACÉUTICO Y DEL SECTOR PRODUCTOS SANITARIOS (PERTE SALUD DE VANGUARDIA)**

D./Dña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con N.I.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

en representación legal de la empresa o entidad

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con CIF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , declara que:

Para el proyecto presentado al PERTE Salud de Vanguardia Nº de Expediente

FAR - \_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_ y título

No le ha sido concedida otra Financiación Pública.

Le ha sido concedida Ayuda o Financiación Pública según los siguientes programas (todos los datos económicos en euros):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y Organismo | Presupuesto Financiable | Ayuda / Fin. Concedida | Tipo de Ay./fin. (subv. / préstamo) | Presupuesto Financiable Concurrente | Ayuda / Financ. Concedida Concurrente |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Para la justificación de dicha declaración se presenta la documentación correspondiente según establece la Guía de Justificación:

Solicitudes, notificaciones o resoluciones de concesión de otros programas de Ayuda o Financiación pública.

Otra documentación aclarativa (indicar en las siguientes líneas).

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_