



**AYUNTAMIENTO SAN MIGUEL DE SALINAS**

**SOLICITUD PROGRAMA DE BECA DE FORMACIÓN 2017.**

**DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE
DNI/NIE	FECHA NACIMIENTO	NACIONALIDAD
DOMICILIO		NÚMERO
C.P	LOCALIDAD	PROVINCIA

**DATOS DE CONTACTO**

TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO

La dedicación del beneficiario de la beca será de 25 horas semanales y 2 meses.

**El abajo firmante manifiesta su voluntad de participar en el programa de beca de formación del Ayuntamiento de San Miguel de Salinas con plazo de presentación hasta el 5 de mayo 2017 y DECLARA responsablemente:**

- a) Que no está disfrutando de otra beca o ayuda análoga o de similar finalidad ni desarrollará actividad laboral durante el tiempo que dure 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 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 es vecino de San Miguel de Salinas con anterioridad al 22 de marzo de 2017.

**Se acompaña a la presente solicitud fotocopia de los siguientes documentos:**

A la solicitud se adjuntan copias de los documentos.



**AYUNTAMIENTO SAN MIGUEL DE SALINAS**

- CV.
- DNI/NIE.
- Titulación y expediente académico con la nota media.
- Certificación de conocimientos de valenciano.
- Certificación de nivel/es de conocimiento de otros idiomas.
- Otras titulaciones o cursos relativos a la comunicación a través de nuevas tecnologías y monitor de ocio y tiempo libre.

**El/La solicitante con mayor puntuación será propuesto/a para realizar la beca y deberá presentar entonces, todos los documentos originales previamente a su designación definitiva.**

En San Miguel de Salinas, a ..... de ..... De 2017.

Fdo:.....