

EDLP LEADER 2014 - 2020



FONDO EUROPEO AGRICOLA DE DESARROLLO RURAL

EUROPEAN UNION

EN ZONAS RURALES



Castilla-La Mancha

Campo de Calatrava

## DECLARACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE NORMATIVA Y DE LLEVANZA AL DÍA DE LA DOCUMENTACIÓN EMPRESARIAL

GAL: Asociación para el desarrollo del Campo de Calatrava CIF: G – 13318043

Ejido de calatrava, s/n – 13270 Almagro (Ciudad Real)

Tl. 926 261 257 – Fax 926 861 283

Email: [ceder@campodecalatrava.com](mailto:ceder@campodecalatrava.com)

### IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

PERSONA FÍSICA O JURÍDICA CON ACTIVIDAD ECONÓMICA (EN EL CASO DE ENTIDADES SIN PERSONALIDAD JURÍDICA SE RELLENARÁ UNO POR COMPONENTE)

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Sexo: HOMBRE  MUJER  DNI: \_\_\_\_\_ ¿Es discapacitado? Sí  Porcentaje: \_\_\_\_\_ No

Razón Social: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Domicilio a efecto de notificaciones: \_\_\_\_\_ ¿Actúa en nombre propio? Sí  No  (DEBERÁ CUMPLIMENTAR)

LOS DATOS DEL REPRESENTANTE)

### EN EL CASO DE PERSONAS REPRESENTADAS

Representante: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_ Fecha de nombramiento (EN ESTE CASO ACOMPAÑARÁ CERTIFICADO DEL NOMBRAMIENTO): \_\_\_\_\_

Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN

EL ABAJO FIRMANTE, DECLARA:

QUE POSEE LA FINANCIACIÓN Y LOS RECURSOS NECESARIOS PARA ACOMETER LAS INVERSIONES RELATIVAS A LA OPERACIÓN PARA LA QUE SOLICITA LA AYUDA.

QUE POSEE LOS RECURSOS NECESARIOS PARA LA EJECUCIÓN DE LA OPERACIÓN PARA LA QUE SOLICITA LA AYUDA.

QUE LA FINALIZACIÓN DE LAS INVERSIONES NO ESTÁ CONDICIONADA A PAGOS PARCIALES DE LA POSIBLE AYUDA CONCEDIDA Y QUE TIENE CAPACIDAD PARA ATENDER LOS COMPROMISOS ECONÓMICOS DERIVADOS DE LA OPERACIÓN.

IGUALMENTE DECLARA QUE SON CIERTAS LAS DECLARACIONES EFECTUADAS Y QUE QUEDA INFORMADO QUE LA FALSEDADE DE LAS MISMAS, PUESTA DE MANIFIESTO EN UNA COMPROBACIÓN —INCLUSO A POSTERIORI— PUEDE SER MOTIVO DE PERDIDA DE DERECHO AL COBRO O REINTEGRO DE LA AYUDA PERCIBIDA EN SU CASO.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El Solicitante o Representante

Fdo. \_\_\_\_\_