

**DECLARACIÓ ACOMPLIMENT NORMATIVA SOBRE INTEGRACIÓ LABORAL DE PERSONES AMB DISCAPACITAT
DECLARACIÓN CUMPLIMIENTO NORMATIVA SOBRE INTEGRACIÓN LABORAL DE PERSONAL CON DISCAPACIDAD**

**A DADES DE L'ENTITAT SOL-LICITANT
DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE**

RAÓ SOCIAL / RAZÓN SOCIAL		NOM / NOMBRE		NIF
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	
DADES DEL/LA REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL/LA REPRESENTANTE LEGAL				
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

**B DECLARACIÓ
DECLARACIÓN**

Sota la meua responsabilitat, declare que l'entitat, sol·licitant de les subvencions per a la Impartició d'Accions Formatives, compleix la normativa jurídica aplicable sobre integració laboral de persones amb discapacitat (Decret 279/2004, de 17 de desembre, del Consell).

Bajo mi responsabilidad, declaro que la entidad, solicitante de las subvenciones para la Impartición de Acciones Formativas, cumple la normativa jurídica aplicable sobre integración laboral de personas con discapacidad (Decreto 279/2004, de 17 de diciembre, del Consell).

_____, ____ d' _____ de _____
