

## ANEXO V

### DECLARACIÓN RESPONSABLE DE NO ENCONTRARSE INCURSO EN PROHIBICIÓN ALGUNA PARA OBTENER SUBVENCIONES

D/D<sup>a</sup>....., con D.N.I. nº..... actuando como representante legal de/la Municipio/Mancomunidad.....con C.I.F. nº:.....

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD, que la Entidad a la que represento NO se halla incurso en ninguna de las circunstancias previstas en el artículo 12.2 de la Ley 6/2011, de 23 de marzo, de Subvenciones de la Comunidad Autónoma de Extremadura:

En....., a.....de.....de.....

El/La Representante Legal

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

## ANEXO VI

### **DECLARACIÓN RESPONSABLE RELATIVA A LAS AYUDAS RECIBIDAS Y/O SOLICITADAS PARA LA FINANCIACIÓN DEL PROPREFAME**

D/D<sup>a</sup>....., con D.N.I. n°..... actuando como representante legal del/la Municipio/Mancomunidad..... con C.I.F. n°:.....

• DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que la mencionada Entidad, le ha sido reconocida con fecha..... una subvención o ayuda de.....€ (importe en letra), para la financiación de los objetivos y finalidades a que responde el PROPREFAME, por parte de la/s siguiente/s entidad/es:.....

• DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que la mencionada Entidad, ha solicitado con fecha..... una subvención o ayuda de.....€ (importe en letra), para la financiación de los objetivos y finalidades a que responde el PROPREFAME, a la/s siguiente/s entidad/es:.....

• DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que la mencionada Entidad no ha solicitado ninguna otra subvención o ayuda para la financiación de los objetivos y finalidades a que responde el PROPREFAME.

Y para que conste y surta los efectos oportunos al expediente de su razón, ante la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura, y al amparo de lo estipulado en el artículo 31.2 de la Orden de 6 de agosto de 2019 (D.O.E n° 159 de 19 de agosto).

En....., a.....de.....de.....

El/La Representante Legal

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

## ANEXO VII

### CERTIFICADO RETENCIÓN DE CRÉDITO

MUNICIPIO/MANCOMUNIDAD DE.....

D/Dª....., con D.N.I. nº..... actuando como  
Secretario/a Interventor/a del Ayuntamiento/Mancomunidad de ..... con  
C.I.F. nº:.....:

#### **CERTIFICA**

Que en el Presupuesto de esta Entidad para el ejercicio.... se ha efectuado una retención de crédito con fecha de....., con número de operación contable....., en la/s partida/s presupuestaria/s....., por importe de.....correspondiente a la aportación complementaria del Ayuntamiento /Mancomunidad de.....para la financiación del PROPREFAME.

Y para que conste y surta los efectos oportunos al expediente de su razón, ante la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura, y al amparo de lo estipulado en el artículo 23 de la Orden de 6 de agosto de 2019 (D.O.E nº 159 de 19 de agosto).

En....., a.....de.....de.....

Vº Bº  
EL/LA ALCALDE/ALCALDESA  
EL PRESIDENTE/LA PRESIDENTA

EL /LA SECRETARIO/A  
EL /LA INTERVENTOR/A

Fdo: \_\_\_\_\_

Fdo: \_\_\_\_\_