



# CONCELLO DE ORDES

(A CORUÑA)

## ANEXO I - SOLICITUDE DE AXUDAS A PROL DA NATALIDADE NO CONCELLO DE ORDES

### DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME E APELIDOS			DNI	
ENDEREZO		CP	LOCALIDADE	PROVINCIA
TELÉFONO/S		ENDEREZO ELECTRÓNICO		

### DATOS DO/A CÓNXUXE OU PARELLA (SE É O CASO)

NOME E APELIDOS		DNI

### DATOS DO/A FILLO/A

NOME E APELIDOS	DATA NACEMENTO OU ADOPCIÓN

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME E APELIDOS	DNI

### DATOS BANCARIOS

Declaro, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos consignados relativos á conta bancaria indicada

Caixa ou Banco		Sucursal	
IBAN (24 díxitos)			
Titular		DNI	

### DATOS A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA

Solicita notificación por medios electrónicos a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia-Notifica.gal, <https://notifica.xunta.gal>, ao que se poderá acceder co certificado electrónico asociado ao NIF da persoa:

Solicitante  Representante

Enviaranse avisos da posta a disposición da notificación no correo electrónico facilitado a seguir:

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_.

Sinatura do/a solicitante ou persoa que o/a representa.

Ordes, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

SR. ALCALDE PRESIDENTE DO CONCELLO DE ORDES



## CONCELLO DE ORDES

(A CORUÑA)

### COMPROMISO DE EMPADROAMENTO E DEVOLUCIÓN DA AXUDA POR INCUMPRIMENTO DE ALGÚN REQUISITO

Don/a \_\_\_\_\_ con DNI Nº \_\_\_\_\_  
e domicilio en \_\_\_\_\_

#### COMPROMÉTOME:

- A seguir empadroad/a e con residencia efectiva, tanto eu como o/a meu/miña fillo/a, no Concello de Ordes por un período mínimo de tres anos.
- Á devolución desta axuda no caso de incumprir algún dos requisitos esixidos para a súa concesión.

Ordes, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

Asdo.: \_\_\_\_\_

#### DECLARACIÓN XURADA

Don/a \_\_\_\_\_ con DNI Nº \_\_\_\_\_  
e domicilio en \_\_\_\_\_

#### DECLARO BAIXO XURAMENTO

Que non teño solicitada, nin recibida, nin pendente de resolución, ningunha outra axuda pola mesma finalidade en ningunha administración pública ou organismo competente.

Que teño solicitada, e/ou recibida, ou pendente de resolución axuda pola mesma finalidade coa seguinte identificación:

\_\_\_\_\_

Así o fago constar onde conveña.

Ordes, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023.

Asdo.: \_\_\_\_\_



## CONCELLO DE ORDES

(A CORUÑA)

**AUTORIZACIÓN PARA A CONSULTA DE DATOS COA ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA ESTATAL, ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA DA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA E TESOURARÍA XERAL DA SEGURIDADE SOCIAL.**

Don/a .....  
con DNI n.º ..... teléfono .....  
e domicilio en .....  
Municipio ..... Código Postal .....

### AUTORIZACIÓN EXPRESA

De conformidade co establecido na Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal, **AUTORIZO** expresamente ao **CONCELLO DE ORDES**, para que, co obxecto de verificar os termos declarados na solicitude de **AXUDAS A PROL DA NATALIDADE NO CONCELLO DE ORDES**, efectúe as xestións descritas a continuación:

- Solicitar das Administracións competentes, os datos relativos ao cumprimento das obrigas tributarias coa **Administración Tributaria Estatal, Administración Tributaria da Comunidade Autónoma de Galicia** que obren nas mesmas respecto da entidade representada, así como o cumprimento das obrigas de pago coa **Tesouraría Xeral da Seguridade Social**.

A presente autorización outorgase exclusivamente aos efectos indicados, e en aplicación do disposto na Lei Xeral Tributaria que permite, previa autorización do/a interesado/a, a cesión dos datos tributarios que precisen as Administracións Públicas para o desenvolvemento das súas funcións.

**NOTA:** A autorización concedida polo/a firmante pode ser revocada en calquera momento mediante escrito dirixido ao órgano autorizado.

Ordes, ..... de ..... de 2023.

Asdo.: \_\_\_\_\_



## CONCELLO DE ORDES

(A CORUÑA)

**AUTORIZACIÓN PARA A CONSULTA DE DATOS COA ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA ESTATAL, ADMINISTRACIÓN TRIBUTARIA DA COMUNIDADE AUTÓNOMA DE GALICIA E TESOURARÍA XERAL DA SEGURIDADE SOCIAL.**

Don/a .....  
con DNI n.º ..... teléfono .....  
e domicilio en .....  
Municipio ..... Código Postal .....

### AUTORIZACIÓN EXPRESA

De conformidade co establecido na Lei Orgánica 15/1999, de 13 de decembro, de Protección de Datos de Carácter Persoal, **AUTORIZO** expresamente ao **CONCELLO DE ORDES**, para que, co obxecto de verificar os termos declarados na solicitude de **AXUDAS A PROL DA NATALIDADE NO CONCELLO DE ORDES**, efectúe as xestións descritas a continuación:

- Solicitar das Administracións competentes, os datos relativos ao cumprimento das obrigas tributarias coa **Administración Tributaria Estatal, Administración Tributaria da Comunidade Autónoma de Galicia** que obren nas mesmas respecto da entidade representada, así como o cumprimento das obrigas de pago coa **Tesouraría Xeral da Seguridade Social**.

A presente autorización outorgase exclusivamente aos efectos indicados, e en aplicación do disposto na Lei Xeral Tributaria que permite, previa autorización do/a interesado/a, a cesión dos datos tributarios que precisen as Administracións Públicas para o desenvolvemento das súas funcións.

**NOTA:** A autorización concedida polo/a firmante pode ser revocada en calquera momento mediante escrito dirixido ao órgano autorizado.

Ordes, ..... de ..... de 2023.

Asdo.: \_\_\_\_\_