



DECLARACIÓN DE AYUDAS CONCEDIDAS O SOLICITADAS Y CUMPLIMIENTO DE LA FINALIDAD
SA304C-AYUDAS DEL PROGRAMA TRASLACIONA. COVID-19. REFUERZO DE LA INVESTIGACIÓN SANITARIA DE GALICIA

DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE

RAZÓN SOCIAL

NIF

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF

CARGO

LA PERSONA REPRESENTANTE DECLARA:

1. Que, en relación con otras ayudas concedidas o solicitadas:

- No solicitó ni se le concedió ninguna otra ayuda para este mismo proyecto o conceptos para los que se solicita esta subvención.
- Si solicitó y/o se le concedieron otras ayudas para este mismo proyecto o conceptos para los que se solicita esta subvención, que son las que a continuación se relacionan:

ORGANISMO	IMPORTE (€)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Que el profesional sanitario, investigador o grupo de investigación que presenta el proyecto

NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF

INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE

DEPARTAMENTO

NOMBRE GRUPO DE INVESTIGACIÓN

Cumple con la finalidad exigida en la convocatoria del Programa de refuerzo de la investigación sanitaria COVID-19.

FIRMA DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Lugar y fecha

, de de