



CERTIFICACIÓN SOBRE CONDICIÓN DA EXECUCIÓN REFERIDA AO PERÍODO REFLECTIDO NA RESOLUCIÓN DE CONCESIÓN
BS700A-SUBVENCIÓN A ENTIDADES LOCAIS PARA A PRESTACIÓN DE SERVIZOS NO MARCO DA REDE GALEGA DE ATENCIÓN TEMPERÁ. FSE 2014-2020

EXPEDIENTE

DATOS DA ENTIDADE SOLICITANTE

ENTIDADE LOCAL

NIF

DATOS DA PERSOA SECRETARIA OU DA PERSOA REPRESENTANTE (CASO DE AGRUPACIÓNS)

NOME

PRIMEIRO APELIDO

SEGUNDO APELIDO

NIF

EN CALIDADE DE

CERTIFICA para os efectos do disposto na orde pola que se establecen as bases reguladoras para a concesión de subvencións ás entidades locais da Comunidade Autónoma de Galicia para a prestación de servizos no marco da Rede galega de atención temperá, cofinanciadas polo PO FSE 2014-2020 e se procede á súa convocatoria para o ano 2021, os seguintes datos (respecto dos que procede, coinciden cos que figuran na aplicación informática prevista no seu artigo 11):

1. Que se cumpriu a normativa aplicable en materia de publicidade ás subvencións financiadas a través de fondos da Unión Europea, de conformidade co previsto nos artigos 11.c) e 28 da citada orde e (de ser o caso) a de subvencións e contratación pública e demais aplicable.

2. Que os datos relativos á execución son os seguintes:

Período de execución incluído dentro do especificado na resolución de concesión			Núm. de integrantes do equipo do Servizo de AT durante o período especificado na resolución de concesión
Do:	Ata:		
Número total de horas de traballo do equipo AT no citado período segundo os grupos profesionais ⁽¹⁾			
Grupo I			
Grupo II			

(1) A cifra será resultado da suma das respectivas horas dos integrantes que se sinalen nos recadros seguintes segundo cada grupo profesional

3. Integrantes do equipo do servizo de atención temperá:

INTEGRANTE 1

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
Período do desempeño		GRUPO PROFESIONAL ⁽¹⁾	PERFIL PROFESIONAL (titulación/posto de traballo) ⁽²⁾
Desde:	Ata:		
TIPO DE VINCULACIÓN ⁽³⁾		DEDICACIÓN ⁽⁴⁾	Núm. horas traballo (servizo AT) no período ⁽⁵⁾

INTEGRANTE 2

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
Período do desempeño		GRUPO PROFESIONAL ⁽¹⁾	PERFIL PROFESIONAL (titulación/posto de traballo) ⁽²⁾
Desde:	Ata:		
TIPO DE VINCULACIÓN ⁽³⁾		DEDICACIÓN ⁽⁴⁾	Núm. horas traballo (servizo AT) no período ⁽⁵⁾



INTEGRANTE 3

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Período do desempeño		GRUPO PROFESIONAL ⁽¹⁾	PERFIL PROFESIONAL (titulación/posto de traballo) ⁽²⁾
Desde: <input type="text"/>	Ata: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TIPO DE VINCULACIÓN ⁽³⁾	DEDICACIÓN ⁽⁴⁾	Núm. horas traballo (servizo AT) no período ⁽⁵⁾	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

INTEGRANTE 4

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Período do desempeño		GRUPO PROFESIONAL ⁽¹⁾	PERFIL PROFESIONAL (titulación/posto de traballo) ⁽²⁾
Desde: <input type="text"/>	Ata: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TIPO DE VINCULACIÓN ⁽³⁾	DEDICACIÓN ⁽⁴⁾	Núm. horas traballo (servizo AT) no período ⁽⁵⁾	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

INTEGRANTE 5

NOME	PRIMEIRO APELIDO	SEGUNDO APELIDO	NIF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Período do desempeño		GRUPO PROFESIONAL ⁽¹⁾	PERFIL PROFESIONAL (titulación/posto de traballo) ⁽²⁾
Desde: <input type="text"/>	Ata: <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TIPO DE VINCULACIÓN ⁽³⁾	DEDICACIÓN ⁽⁴⁾	Núm. horas traballo (servizo AT) no período ⁽⁵⁾	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

4. Horario semanal desenvolvido (MAÑÁ: 7.30 a 15.30 h / TARDE: desde 15.30 h en diante). Márquese o que proceda:

- Dous días á semana en horario de tarde.
- Tres días á semana en horario de tarde.
- Catro días á semana en horario de tarde.
- Cinco días á semana en horario de tarde.

5. Número de nenos/as usuarios/as atendidos/as durante o período sinalado no punto 2 (0-6 anos)

Homes	<input type="text"/>
Mulleres	<input type="text"/>
TOTAL	<input type="text"/>

- (1) Grupo de pertenza segundo a categoría profesional (ou equivalencia): I ou II.
- (2) Pedagogía, psicopedagogía, psicoloxía, logopedia, educación social, traballo social, maxisterio, enfermaría, terapia ocupacional, fisioterapia e medicina. O persoal deberá de estar especializado en desenvolvemento infantil e atención temperá e/ou en apoio familiar, ou acreditar experiencia suficiente nestas materias para a realización das súas funcións.(3) Indicación de persoal propio ou externo.
- (4) Dedicación: total ou parcial.
- (5) Horas calculadas de acordo co establecido no artigo 10.3. A suma das cifras de horas por grupo profesional de todos os integrantes deberá coincidir co total consignado no punto 2 respecto do grupo/s profesional/ais que corresponda/n.

Para que conste para os efectos do exixido na citada orde, asina esta certificación.

SINATURA DA PERSOA SECRETARIA OU DA PERSOA REPRESENTANTE (CASO DE AGRUPACIÓNS)

Lugar e data

, de de