



**MOBILIDADE TRANSNACIONAL XUVENIL GALEUROPA  
RENUNCIA OU ACEPTACIÓN DA AXUDA**

**DATOS DA PERSOA BENEFICIARIA**

Beneficiarios/as individuais     Entidade sen ánimo de lucro     Entidade local

NOME/RAZÓN SOCIAL

PRIMEIRO APELIDO

SEGUNDO APELIDO

NIF

**E, NA SÚA REPRESENTACIÓN**

NOME/RAZÓN SOCIAL

PRIMEIRO APELIDO

SEGUNDO APELIDO

NIF

RENUNCIO

ACEPTO

a axuda concedida por Resolución da Consellería de Política Social en data , por importe de  €, ao abeiro da Orde do 2 de maio de 2018 pola que se establecen as bases reguladoras do Programa de mobilidade transnacional xuvenil Galeuropa con cargo ao Programa operativo de emprego xuvenil, e se convocan para o ano 2018

**DATOS BANCARIOS**

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

TITULAR DA CONTA

NÚMERO DA CONTA BANCARIA (24 DÍXITOS)

IBAN

**DECLARO:**

**(No caso de ser beneficiario/a de axudas individuais)**

- Que non recibín accións educativas no día natural anterior ao momento de recibir a actuación.
- Que non recibín accións formativas no día natural anterior ao momento de recibir a actuación.
- Non ter traballado no día natural anterior ao momento de recibir a actuación.
- Que remito o cuestionario sobre indicadores de produtividade.

**(No caso de ser entidade beneficiaria)**

- Que remito o cuestionario sobre indicadores de produtividade desta entidade.
- Que esta entidade se compromete a enviar á Dirección Xeral de Xuventude, Participación e Voluntariado, no momento da selección das persoas participantes:
  - A relación das persoas seleccionadas para realizar as mobilidades, co fin de que a Dirección Xeral de Xuventude, Participación e Voluntariado verifique que estean inscritas no Rexistro Nacional de Garantía Xuvenil e que figuran como beneficiarias no momento da actuación.
  - O cuestionario de indicadores de produtividade de cada participante seleccionado/a.

**SOLICITO** o pagamento anticipado do gasto, segundo o establecido no artigo 23.2 da orde de convocatoria

**SINATURA DA PERSOA BENEFICIARIA OU REPRESENTANTE**

Lugar e data

,  de  de