



M. I. AYUNTAMIENTO
DE VILLENA

Centro de Bienestar Social

A N E X O II: DECLARACIÓN RESPONSABLE

Convocatoria de subvenciones a asociaciones socio-sanitarias del municipio de Villena, Anualidad 2019.

1.- DATOS DEL/LA FIRMANTE

APELLIDOS Y NOMBRE (Presidente/a o representante legal de la entidad)	DNI / NIE / Pasaporte
DENOMINACIÓN DE LA ENTIDAD SOLICITANTE	N.I.F.

2.- DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que, según acuerdo de la Asamblea de la entidad, adoptado con arreglo a sus Estatutos, los titulares de los Órganos de gobierno y representación de la entidad, cuyo mandato se encuentra en vigor, son los siguientes (nombre y apellidos):

Presidente/a	DNI / NIE / Pasaporte
Vicepresidente/a	DNI / NIE / Pasaporte
Secretario/a	DNI / NIE / Pasaporte
Tesorero/a	DNI / NIE / Pasaporte
Vocal	DNI / NIE / Pasaporte
Vocal	DNI / NIE / Pasaporte
Vocal	DNI / NIE / Pasaporte



M. I. AYUNTAMIENTO
DE VILLENA

Centro de Bienestar Social

Número de socios/as

--

Que la sede de la entidad es

Propia Municipal Alquilada Domicilio particular Otros (especificar)

*Señale la opción correcta.

En Villena , a _____ de _____ de 2019

(Firmado por el/la Presidente/a o representante legal de la Entidad)