



(a rellenar por el Colegio)

Nº SOLICITUD _____

FECHA ENTRADA _____

ALTA COACYLE (última colegiación) _____

ANEXO I**SOLICITUD PARA LA CONCESIÓN DE SUBVENCIONES DEL FONDO DE GARANTIA SOCIAL DEL COACYLE
COMO CONSECUENCIA DE LOS EFECTOS POR LA COVID-19****DATOS SOLICITANTE**

Nombre: _____ Apellidos: _____

NIF: _____ Nº colegiado/a COACYLE: _____

Dirección: _____

Localidad: _____ C.P.: _____ Provincia: _____

Email (notificaciones): _____ Teléfono: _____

DATOS BANCARIOS (a rellenar en el caso de formación de Tipo 1)

Titular: _____

Banco o caja: _____

Nº DE CUENTA CORRIENTE (IBAN + 20 DÍGITOS)

DECLARACIÓN RESPONSABLE Y COMPROMISOS

- Declaro encontrarme incorporado al COACYLE con 12 meses de antelación a la convocatoria.
- Declaro estar al corriente de pago de las cuotas colegiales y derechos de visado.
- Me comprometo a permanecer de alta en el Colegio durante la anualidad en curso.

DATOS DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

Tipo de actividad: _____

Descripción: _____

Fecha de inicio: _____ Fecha fin: _____

Entidad donde se realizará la actividad: _____

DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA

- Programa de la actividad
- Justificante de inscripción
- Otra (indicar):

SOLICITO la concesión de la ayuda para la realización de la actividad formativa indicada

DECLARO responsablemente el cumplimiento de los requisitos exigidos en las bases reguladoras y que los datos y documentos que se acompañan se ajustan a la realidad.

En _____, a _____ de _____ de _____

Fdo: _____