|  |
| --- |
| **Anexo II de la Convocatoria**  **Declaración responsable relativa al cumplimiento de las condiciones de participación y normativa de ayudas para la participación agrupada en la Actuación MEDICA-COMPAMED DÜSSELDORF 2021** |

**DATOS DE LA PERSONA QUE DECLARA:**

**Nombre y apellidos**:

**DNI**:

**Entidad de la que es representante legal**:

**NIF de la entidad**:

**DECLARACIONES RESPONSABLES**

**DECLARACIÓN JURADA DEL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN**

1. Declaro que soy conocedor/a de las bases reguladoras de la convocatoria, que cumple con los requerimientos en las mismas señalados y acepto íntegramente su contenido.
2. Declaro que la empresa a la que represento es una ***PYME*** según la definición recogida en el anexo 1 del Reglamento (UE) nº 651/2014 de la Comisión, de 17 de junio de 2014, por el que declaran determinadas categorías de ayudas compatibles con el mercado interior en aplicación de los artículos 107 y 108 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea <http://www.boe.es/doue/2014/187/L00001-00078.pdf> )
3. Declaro que *no se encuentra incursa* en ninguna de las prohibiciones a que hace referencia el artículo 13 de la Ley 38/2003, de 17 de noviembre, General de Subvenciones, o normativa aplicable en la materia propia de la Comunidad Autónoma correspondiente.
4. Declaro que cumple la ***norma de mínimis***, según lo dispuesto en el Reglamento (UE) Nº 1407/2013, de la Comisión Europea, relativo a la aplicación de los artículos 107 y 108 del Tratado UE (la ayuda total de mínimis concedida a una única empresa no será superior a 200.000 euros o 100.000 euros en el caso de las empresas que operen en el sector transporte por carretera, durante cualquier período de tres ejercicios fiscales, en concreto, declaro que:

No haber recibido **ayudas de mínimis** en los tres últimos años.

Haber recibido las siguientes ayudas de mínimis en los tres últimos años[[1]](#footnote-1):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORGANISMO CONCEDENTE** | **ANUALIDAD** | **PRESUPUESTO FINANCIABLE** | **IMPORTE DE LA AYUDA** | **Descripción de la acción cofinanciada** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

En el caso de que se produzca cualquier alteración de la información proporcionada en relación con las ayudas recibidas, el beneficiario se compromete a suministrársela a la entidad concedente de la presente ayuda.

**DECLARACIÓN JURADA DE AYUDAS RECIBIDAS PARA LA ACTUACIÓN DE REFERENCIA**

**Nombre de la actuación PIP:** MEDICA-COMPAMED DÜSSELDORF 2021

En relación con la actuación de referencia, declaro que

NO he RECIBIDO/SOLICITADO otras ayudas económicas procedentes de los fondos comunitarios o nacionales públicos o privados

SÍ he RECIBIDO/SOLICITADO las siguientes ayudas complementarias:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ORGANISMO** | **ACTIVIDAD** | **DESCRIPCIÓN GASTO** | **SUBVENCIONABLE EN PIP (SÍ/NO)** | **IMPORTE AYUDA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Asimismo, declara que la operación cofinanciada no es generadora de ingresos.

En el caso de que se produzca cualquier alteración de la información proporcionada en relación con las ayudas recibidas, el beneficiario se compromete a suministrársela a la entidad concedente de la presente ayuda.

**OTRAS DECLARACIONES**

Declaro que la empresa está dada de alta en el Censo del IAE, epígrafe nº……………….

Declaro que los datos indicados en el formulario de identificación de empresa son veraces y responden a la realidad de la empresa.

Y para que conste, a los efectos oportunos, firma la presente declaración en Barcelona a …. de ……….. de 2021

**Firma del representante legal**

**D/Dña………………………………….**

1. Las ayudas *de minimis* se considerarán concedidas en el momento en que se reconozca a la empresa el derecho legal a recibir la ayuda en virtud del régimen jurídico nacional aplicable, con independencia de la fecha de pago de la ayuda *de minimis* a la empresa. [↑](#footnote-ref-1)