


**MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL**
**Solicitud Premios Estatales al Voluntariado Social**
**Tipo de persona:**                      **Persona Jurídica:** ( )                      **Persona Física:** ( )

**Datos del Interesado**

|                           |                      |                      |                      |
|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Razón Social</b>       | <input type="text"/> | <b>CIF</b>           | <input type="text"/> |
| <b>Nombre y Apellidos</b> | <input type="text"/> |                      |                      |
| <b>DNI/NIE/Pasaporte</b>  | <input type="text"/> | <b>Teléfono</b>      | <input type="text"/> |
| <b>Domicilio</b>          | <input type="text"/> |                      | <b>Población</b>     |
| <b>Provincia</b>          | <input type="text"/> | <b>Código Postal</b> | <input type="text"/> |

**Datos del Representante**

|                           |                      |                      |                      |
|---------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Nombre y Apellidos</b> | <input type="text"/> |                      |                      |
| <b>DNI/NIE/Pasaporte</b>  | <input type="text"/> | <b>Teléfono</b>      | <input type="text"/> |
| <b>Domicilio</b>          | <input type="text"/> |                      | <b>Población</b>     |
| <b>Provincia</b>          | <input type="text"/> | <b>Código Postal</b> | <input type="text"/> |

**Lugar o medio a efectos de notificación**

|                           |                      |                  |                      |
|---------------------------|----------------------|------------------|----------------------|
| <b>País</b>               | <input type="text"/> | <b>Provincia</b> | <input type="text"/> |
| <b>Población</b>          | <input type="text"/> |                  | <b>Domicilio</b>     |
| <b>Código Postal</b>      | <input type="text"/> | <b>Teléfono</b>  | <input type="text"/> |
| <b>Correo Electrónico</b> | <input type="text"/> |                  | <b>Número de Fax</b> |
|                           |                      |                  | <input type="text"/> |

**Datos del candidato propuesto**

|                              |   |                  |                      |
|------------------------------|---|------------------|----------------------|
| <b>Nombre o razón social</b> | <input type="text"/>  | <b>DNI ó CIF</b> | <input type="text"/> |
| <b>Tipo Candidato</b>        | <input type="checkbox"/> Persona ( ) <input type="checkbox"/> Entidad ( ) <input checked="" type="checkbox"/> | <b>Domicilio</b> | <input type="text"/> |
| <b>Población</b>             | <input type="text"/>  |                  | <b>Código Postal</b> |
| <b>Provincia</b>             | <input type="text"/>  | <b>Teléfono</b>  | <input type="text"/> |
| <b>Correo electrónico</b>    | <input type="text"/>  |                  | <b>Número de Fax</b> |
|                              |   |                  | <input type="text"/> |

**Modalidad y Méritos**

|   |   |
|---|---|
| <b>Modalidad a la que presenta candidatura:</b>                 | <input type="checkbox"/> Individ.( ) <input checked="" type="checkbox"/> Colect.( ) |
| <b>Méritos generales alegados (a desarrollar en la memoria)</b> | <input type="text"/>  |
| <b>Fecha (dd/mm/yyyy)</b>                                       | <input type="text"/>  |

**Órgano al que se dirige** 

**SOLICITA:** La admisión de la presente candidatura a los Premios Estatales al Voluntariado Social, para lo que el proponente certifica la veracidad de los méritos referidos a la candidatura propuesta.

**Documentos que debe acompañar a la solicitud:**

- Memoria explicativa de los méritos que se alegan de acuerdo con las bases de la convocatoria.
- Documentos originales o fotocopia compulsada que acrediten la representación de la persona jurídica proponente, así como de las personas jurídicas que se adhieran a la propuesta.
- Declaraciones de adhesión de las personas físicas o jurídicas que apoyen la propuesta.
- Fotocopia compulsada de los estatutos actualizados de la persona jurídica propuesta como candidata.
- Fotocopia compulsada del DNI o CIF del candidato propuesto.

**NOTA: Cumplimentar un formulario por cada candidato propuesto.**

Puede descargar desde la página web del Ministerio de Sanidad y Política Social ([www.msps.es](http://www.msps.es)) la Resolución que regula este procedimiento y el formulario para cumplimentar y entregar en el Registro de forma presencial.

Firma