



PROCEDIMIENTO	AYUDAS ECONÓMICAS INDIVIDUALES (ANEXO II/2010)	CÓDIGO DEL PROCEDIMIENTO	PR925A	DOCUMENTO	SOLICITUD
---------------	---	--------------------------	---------------	-----------	------------------

APELLIDOS		NOMBRE		NIF	
PASAPORTE		CIUDAD DE RESIDENCIA		CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN (CALLE, NÚMERO Y PISO)		TELÉFONO		FECHA DE NACIMIENTO	
PROVINCIA DE NACIMIENTO		AYUNTAMIENTO DE NACIMIENTO		PAÍS DE NACIMIENTO	
ESTADO CIVIL		NACIONALIDAD		CORREO ELECTRÓNICO	

SI PRESENTA SOLICITUD POR EL ARTÍCULO 2.1 DE LAS BASES REGULADORAS SEÑALAR LA DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA PARA ACREDITAR LA CONDICIÓN DE EMIGRANTE DE ORIGEN GALLEGO:

- PASAPORTE ESPAÑOL EN VIGOR EN EL QUE CONSTE LA DILIGENCIA DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE MATRÍCULA CONSULAR.
- CERTIFICADO DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE MATRÍCULA CONSULAR.
- DOCUMENTACIÓN OFICIAL QUE ACREDITE EL LUGAR DE NACIMIENTO EN GALICIA.
- DOCUMENTACIÓN OFICIAL QUE ACREDITE QUE LA ÚLTIMA VECINDAD ADMINISTRATIVA EN ESPAÑA FUE EN GALICIA.
- SI PRESENTA DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DEL ORIGEN GALLEGO POR EL ARTÍCULO 14.2.2. DE LAS BASES REGULADORAS:
 - DOCUMENTACIÓN OFICIAL ACREDITATIVA DE QUE SE ENCUENTRA VINCULADO CON CUALQUIER AYUNTAMIENTO GALLEGO EN EL CENSO ELECTORAL DE RESIDENTES AUSENTES Y DOCUMENTACIÓN QUE ACREDITE SER DESCENDIENTE HASTA EL SEGUNDO GRADO DE CONSANGUINIDAD O AFINIDAD DE UNA DE LAS PERSONAS DESCRITAS EN EL ARTÍCULO 14.2.1. DE LAS BASES REGULADORAS

SI PRESENTA SOLICITUD POR EL ARTÍCULO 2.2 DE LAS BASES REGULADORAS:

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA FALLECIDA: _____

PARENTESCO CON EL/LA SOLICITANTE: _____

DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA PARA ACREDITAR LA CONDICIÓN DE EMIGRANTE DE ORIGEN GALLEGO DEL FALLECIDO

SI PRESENTA SOLICITUD POR EL ARTÍCULO 2.3 DE LAS BASES REGULADORAS:

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA DESAPARECIDA O FALLECIDA COMO CONSECUENCIA DE LAS DICTADURAS MILITARES EN ARGENTINA, CHILE Y URUGUAY

PARENTESCO CON EL/LA SOLICITANTE: _____

DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA PARA ACREDITAR LA CONDICIÓN DE EMIGRANTE DE ORIGEN GALLEGO DEL DESAPARECIDO / FALLECIDO

DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA PARA ACREDITAR QUE LA DESAPARICIÓN O FALLECIMIENTO FUE COMO CONSECUENCIA DE LA REPRÉSION POLÍTICA

SI PRESENTA SOLICITUD POR EL ARTÍCULO 2.4 DE LAS BASES REGULADORAS:

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA VÍCTIMA DE LA PERSECUCIÓN O VIOLENCIA DURANTE LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA Y LA DICTADUR.

PARENTESCO CON EL/LA SOLICITANTE: _____

DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA PARA ACREDITAR LA CONDICIÓN DE EMIGRANTE DE ORIGEN GALLEGO DE LA PERSONA VÍCTIMA DE LA PERSECUCIÓN O VIOLENCIA DURANTE LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA Y LA DICTADURA:

DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA PARA ACREDITAR LA PERSECUCIÓN O VIOLENCIA SUFRIDA POR LA VÍCTIMA DURANTE LA GUERRA CIVIL ESPAÑOLA Y LA DICTADUR.

TIPO DE AYUDA QUE SOLICITA (PUDIENDO SOLICITAR UN ÚNICO TIPO DE AYUDA)

- AYUDAS POR ENCONTRARSE LA UNIDAD FAMILIAR EN SITUACIÓN DE PRECARIEDAD (ARTÍCULO 4º) DE LAS BASES REGULADORAS
- AYUDAS POR SITUACIÓN DE DEPENDENCIA O ENFERMEDAD GRAVE DEL SOLICITANTE (ARTÍCULO 5º) DE LAS BASES REGULADORAS
- AYUDAS POR SITUACIÓN DE DEPENDENCIA O ENFERMEDAD GRAVE EN EL SENO DE LA UNIDAD FAMILIAR (ARTÍCULO 6º) DE LAS BASES REGULADORAS

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA CAUSANTE: _____

PARENTESCO CON EL/LA SOLICITANTE: _____

- AYUDAS POR INVALIDEZ O ENFERMEDAD PERMANENTE (ARTÍCULO 7º) DE LAS BASES REGULADORAS
- AYUDAS PARA LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS O GRAVES, CUANDO TENGAN UN COSTE ELEVADO (ARTÍCULO 8º) DE LAS BASES REGULADORAS
- AYUDAS PARA LAS MUJERES QUE SUFRAN VIOLENCIA DE GÉNERO (ARTÍCULO 9º) DE LAS BASES REGULADORAS
- AYUDAS PARA PALIAR UNA SITUACIÓN DE PARO (ARTÍCULO 10º) DE LAS BASES REGULADORAS

DATOS DE LA UNIDAD ECONÓMICA FAMILIAR

FAMILIARES QUE CONVIVEN CON EL/LA SOLICITANTE:

Table with columns: APELLIDOS, NOMBRE, PARENTESCO, EDAD, INGRESOS MENSUALES (MONEDA DEL PAÍS), PROCEDENCIA. Includes summary rows for 'INGRESOS MENSUALES DEL/DE LA SOLICITANTE' and 'TOTAL INGRESOS MENSUALES DE LA UNIDAD FAMILIAR'. Includes asterisked notes about income reporting and center costs.

PROPIEDADES O EMPRESAS QUE POSEEN LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD ECONÓMICA FAMILIAR, ESPECIFICANDO DIRECCIÓN (EXCEPTO LA VIVIENDA HABITUAL):

Table with columns: PROPIEDAD, DIRECCIÓN, VALOR PATRIMONIAL (MONEDA DEL PAÍS). Includes two rows for listing properties or companies.

PATRIMONIO MOBILIARIO (CAPITAL, ACCIONES ...)

VALOR (MONEDA DEL PAÍS)

Table with two columns: Patrimonio mobiliario and Valor. Includes three rows for listing assets and their values.

INDICAR SI EN EL AÑO 2009 FUE BENEFICIARIO/A DE LA AYUDA ECONÓMICA INDIVIDUAL DE LA SECRETARÍA GENERAL DE LA EMIGRACIÓN? SÍ NO

INDICAR SI EN EL AÑO 2010 ES BENEFICIARIO/A DE LA PENSIÓN ASISTENCIAL POR ANCIANIDAD: SÍ NO

INDICAR SI EN LA UNIDAD ECONÓMICA FAMILIAR EXISTE MÁS DE UN SOLICITANTE: SÍ NO

El/la solicitante autoriza a la persona habilitada al efecto de la entidad colaboradora para presentar esta solicitud a través del Registro Telemático de la Xunta de Galicia:

¿Desea recibir la ayuda a través de transferencia bancaria? SÍ NO En caso afirmativo enviar justificante bancario.

El/La solicitante presta su consentimiento para incluir y hacer públicos, en el Registro Público de Ayudas, Subvenciones y Convenios y en el Registro Público de Sanciones, creado en el artículo 44 y 45 de la Ley 7/2005, de 29 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el año 2006, los datos relevantes referidos a las ayudas y subvenciones recibidas, así como a las sanciones impuestas. Los datos referidos integrarán un fichero cuyo responsable será la Consellería de Economía y Hacienda, ante quien se podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición. Salvo los casos señalados en el artículo 9.4º del Decreto 132/2006, de 27 de julio, por el que se regulan los registros públicos creados en los artículos 44 y 45 de la Ley 7/2005, de 29 de diciembre, de presupuestos generales de la Comunidad Autónoma de Galicia para el año 2006, la no autorización de la obtención de datos o su publicidad, podrá dar lugar a la exclusión del proceso de participación para obtener la ayuda o subvención o, si procede, al reintegro del importe concedido. El solicitante autoriza a la Secretaría General de la Emigración para que verifique sus datos de identidad. El solicitante autoriza expresamente a la Secretaría General de Emigración en el ámbito de sus competencias a ceder los datos personales a aquellos organismos de la Administración General del Estado con competencias similares en la materia con el fin de colaborar en el ejercicio de las funciones que le sean propias. Asimismo, el interesado declara que ostenta autorización de las personas relacionadas dentro de la unidad familiar o como allegados para la cesión de sus datos personales a la Secretaría General de Emigración con el fin de poder gestionar la ayuda relativa a la presente convocatoria. El/La solicitante declara que no solicitó ni le fueron concedidas ayudas para la misma finalidad por ninguna de las administraciones públicas competentes. El/La solicitante declara estar al corriente de sus obligaciones tributarias y con la Seguridad Social. El/La solicitante DECLARA BAJO JURAMENTO/PROMESA que son ciertos los datos señalados en la presente solicitud y que reúne todos los requisitos exigidos en la convocatoria del programa AYUDAS ECONÓMICAS INDIVIDUALES.

LEGISLACIÓN APLICABLE Resolución de de de 2010, de la Secretaría General de Emigración, por la que se establece y regula el programa de ayudas económicas individuales a gallegos residentes en el exterior para el ejercicio de 2010.

FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE

Lugar y fecha

, de de 20

(A rellenar por la Administración)

RECEBIDO and REVISADO Y CONFORME stamp area.

NÚMERO DE EXPEDIENTE, FECHA DE ENTRADA, FECHA DE EFECTOS, FECHA DE SALIDA stamp area.

ANEXO III

DECLARACIÓN JURADA

D/D^a.

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD, y a los efectos de lo previsto en el artículo 15.1.m) de las bases reguladoras que figuran en el anexo I de la convocatoria de la Secretaría General de la Emigración de de 2010, por la que se establece y regula el programa de ayudas económicas individuales para gallegos residentes en el exterior para el ejercicio de 2010, que no han variado sus circunstancias personales, familiares, así como las referidas al patrimonio inmobiliario.

Lugar y fecha

, de de 20

Firma del/de la solicitante

ANEXO IV

**SUPUESTOS DE AYUDA:
AYUDAS POR SITUACIÓN DE DEPENDENCIA O ENFERMEDAD GRAVE DEL SOLICITANTE (ARTÍCULO 5º) DE
LAS BASES REGULADORAS Y AYUDAS POR SITUACIÓN DE DEPENDENCIA O ENFERMEDAD GRAVE EN EL
SENO DE LA UNIDAD FAMILIAR (ARTÍCULO 6º) DE LAS BASES REGULADORAS**

CERTIFICADO MÉDICO

APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA FACULTATIVO/A		
CENTRO O ENTIDAD GALLEGA/ESPAÑOLA O DE SALUD PÚBLICA OFICIAL EN LA QUE PRESTA SUS SERVICIOS		
ESPECIALIDAD	Nº COLEGIADO	
DIRECCIÓN DEL CENTRO		
CIUDAD	PAÍS	
INFORMO: QUE EFECTUADO EL CORRESPONDIENTE RECONOCIMIENTO MÉDICO AL PACIENTE		
CERTIFICO: 1. QUE SE ENCUENTRA EN UNA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA QUE HAGA NECESARIOS CUIDADOS Y ASISTENCIA DE TERCEROS: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SU GRADO DE DEPENDENCIA ES: <input type="checkbox"/> ALTO <input type="checkbox"/> MEDIO <input type="checkbox"/> NO DEPENDE DE TERCERAS PERSONAS BREVE DESCRIPCIÓN DE LA MISMA:		CERTIFICO: 2. QUE PADECE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES: CON EL SIGUIENTE TRATAMIENTO: DEBIDO A LO EXPUESTO, EL/LA PACIENTE PADECE UNA ENFERMEDAD DE CARÁCTER: <input type="checkbox"/> MUY GRAVE <input type="checkbox"/> GRAVE <input type="checkbox"/> LEVE INDICAR SI EL/LA SOLICITANTE TIENE COBERTURA MÉDICA SUFICIENTE PARA EL TRATAMIENTO DE SU ENFERMEDAD: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (TÁCHESE LO QUE PROCEDA)
DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA/ENFERMEDAD, DE SU GRAVEDAD Y DE SUS CONSECUENCIAS/LIMITACIONES:		
, de de 20		
FIRMA Y SELLO DEL/DE LA FACULTATIVO/A		
SELLO DE LA ENTIDAD	REFRENDO DE LA ENTIDAD MÉDICA GALLEGA/ESPAÑOLA	

ANEXO V

**SUPUESTO DE AYUDA:
AYUDAS POR INVALIDEZ O ENFERMEDAD PERMANENTE (ARTÍCULO 7º) DE LAS BASES REGULADORAS
CERTIFICADO MÉDICO**

APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA FACULTATIVO/A	
CENTRO O ENTIDAD GALLEGA/ESPAÑOLA O DE SALUD PÚBLICA OFICIAL EN LA QUE PRESTA SUS SERVICIOS	
ESPECIALIDAD	Nº COLEGIADO
DIRECCIÓN DEL CENTRO	
CIUDAD	PAÍS
INFORMO: -QUE EFECTUADO EL CORRESPONDIENTE RECONOCIMIENTO MÉDICO AL PACIENTE	
CERTIFICO: - QUE PADECE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES/MINUSVALÍAS:	
DEBIDO A LO EXPUESTO, EL/LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN UNA SITUACIÓN DE:	
1) <input type="checkbox"/> INVALIDEZ QUE LO INCAPACITA PARA DESARROLLAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL.	
2) <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD PERMANENTE QUE LO INCAPACITA PARA DESARROLLAR CUALQUIER TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL.	
3) <input type="checkbox"/> PUEDE DESARROLLAR ACTIVIDADES LABORALES.	
TENIENDO EL GRADO DE AUTONOMÍA:	
1) <input type="checkbox"/> AUTOVÁLIDO.	
2) <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE DE TERCEROS PARA SUS NECESIDADES BÁSICAS.	
DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD/INVALIDEZ, DE SU GRAVEDAD Y DE SUS CONSECUENCIAS/LIMITACIONES.	
, de de 20	
FIRMA Y SELLO DEL/DE LA FACULTATIVO/A	
SELLO DE LA ENTIDAD	REFRENDO DE LA ENTIDAD MÉDICA GALLEGA/ESPAÑOLA

ANEXO VI

**SUPUESTO DE AYUDA:
AYUDAS PARA LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS O GRAVES, CUANDO TENGAN UN COSTE ELEVADO (ARTÍCULO 8º) DE LAS BASES REGULADORAS
CERTIFICADO MÉDICO**

APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA FACULTATIVO/A	
<input type="text"/>	
CENTRO O ENTIDAD GALLEGA/ESPAÑOLA O DE SALUD PÚBLICA OFICIAL EN LA QUE PRESTA SUS SERVICIOS	
<input type="text"/>	
ESPECIALIDAD	Nº COLEGIADO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIRECCIÓN DEL CENTRO	
<input type="text"/>	
CIUDAD	PAÍS
<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMO:

-QUE EFECTUADO EL CORRESPONDIENTE RECONOCIMIENTO MÉDICO AL PACIENTE

CERTIFICO:

- QUE PADECE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES/MINUSVALÍAS:

QUE TIENEN CARÁCTER: CRÓNICO GRAVE TEMPORAL O NO GRAVE

PARA LAS QUE NECESITA TOMAR LA SIGUIENTE MEDICACIÓN:

NOMBRE DE LA MEDICACIÓN	DOSIS
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

OTROS TIPOS DE TRATAMIENTO NECESARIOS QUE PUEDEN OCASIONAR COSTES AL INTERESADO:

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD, DE SU GRAVEDAD Y DE SUS CONSECUENCIAS/LIMITACIONES:

, de de 20

FIRMA Y SELLO DEL/DE LA FACULTATIVO/A

SELLO DE LA ENTIDAD

REFRENDO DE LA ENTIDAD MÉDICA GALLEGA/ESPAÑOLA

ANEXO VII

**SUPUESTO DE AYUDA:
AYUDAS PARA LA COBERTURA DE MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS DE ENFERMEDADES CRÓNICAS O
GRAVES, CUANDO TENGAN UN COSTE ELEVADO (ARTÍCULO 8º) DE LAS BASES REGULADORAS**

JUSTIFICACIÓN DE GASTOS FARMACÉUTICOS

PRIMER APELLIDO <div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	SEGUNDO APELLIDO <div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	NOMBRE <div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
---	--	--

PRESUPUESTO MENSUAL DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

MEDICAMENTOS y mg	COSTE UNITARIO POR MEDICAMENTO (EN MONEDA DEL PAÍS)	COSTE EFECTIVAMENTE ABONADO POR EL USUARIO (EN MONEDA DEL PAÍS) (*)	DOSIS INDICADA POR MÉDICO TRATANTE	Nº TABLETAS POR CAJA	COSTE MENSUAL POR MEDICAMENTO (EN MONEDA DEL PAÍS)
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>
TOTAL					<div style="border: 1px solid black; height: 15px;"></div>

(*) Excluidas las aportaciones de mutuas, seguros, ...

, de de 20

FIRMA DEL/DE LA FARMACÉUTICO/A

Fdo.: <div style="border: 1px solid black; width: 280px; height: 15px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 160px; height: 80px; margin: 0 auto;"></div> SELLO
NOMBRE Y SELLO DE LA ENTIDAD FARMACÉUTICA <div style="border: 1px solid black; width: 340px; height: 15px;"></div>	
DIRECCIÓN DE LA ENTIDAD FARMACÉUTICA <div style="border: 1px solid black; width: 550px; height: 15px;"></div>	

FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE

Fdo.: