**CARTA PAGO REINTEGRO REMANENTES NO APLICADOS**

D./Dña. **­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** con DNI número **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, representante legal de la entidad ASPAYM **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** CON CIF: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** y con domicilio social en Calle **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, CP **\_\_\_\_\_\_\_\_** de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**,

**DECLARA RESPONSABLEMENTE:**

La devolución voluntaria de los remanentes no aplicados, así como los intereses derivados de los mismos del/los siguiente/s programa/s:

Programa 1- Escuela de Pacientes

Programa 2- Ecosistema formativo virtual 2

Programa 3 - Lesión Medular y Salud Mental

Programa 4- CUIDA-Te: hábitos saludables y autocuidado para personas cuidadoras

Programa 5- TANDEMS- El valor de la transferencia del conocimiento basado en la experiencia

Firmado electrónicamente

**Formulario de reintegro de remanentes no aplicados por programa**

**EXPTE 282-23**

|  |  |
| --- | --- |
| **MOTIVO DEL REINTEGRO** (marcar el que corresponda) | |
| Renuncia a la ayuda | |
| Remanente no ejecutado | |
| **IMPORTE PARA REINTEGRAR** (desglosar la cantidad según tipo de financiación) | |
| Programa: |  |
| Subvención concedida: |  |
| Importe para reintegrar: |  |

Firmado electrónicamente