



**A DADES DE L'ENTITAT O GRUP / DATOS DE LA ENTIDAD O GRUPO**

NOM DE L'ENTITAT / NOMBRE DE LA ENTIDAD		CIF (1)	
COGNOMS DE LA PERSONA REPRESENTANT / APELLIDOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE		NOM / NOMBRE	
DOMICILI DEL REPRESENTANT (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO DEL REPRESENTANTE (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		DNI	
LOCALITAT / LOCALIDAD		PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO
CÀRREC / CARGO		FAX	

**B DETALL DE LA RESERVA / DETALLE DE LA RESERVA**

INSTAL·LACIÓ / INSTALACIÓN	NÚM. RESERVA	DATES / FECHAS	PLACES ADJUDICADES / PLAZAS ADJUDICADAS
----------------------------	--------------	----------------	---

**C PAGAMENTS REALITZATS (adjunten justificants d'ingressos) / PAGOS REALIZADOS (adjuntar justificantes de ingresos)**

DATA / FECHA	IMPORT / IMPORTE	DATA / FECHA	IMPORT / IMPORTE
1)		3)	
2)		4)	

**D SOL·LICITUD / SOLICITUD**

D'acord amb la base 15 de la resolució de convocatòria de la campanya de temps lliure juvenil en la modalitat d'Oferta Concertada, per la qual es regula la renúncia de places.

L'entitat o grup que firma la present renúncia a \_\_\_\_\_ plaça/s de la reserva pels motius exposats a continuació (marcar amb una creu on corresponga).

De acuerdo con la base 15 de la resolución de convocatoria de la campaña de tiempo libre juvenil en la modalidad de Oferta Concertada, por la que se regula la renuncia de plazas.

La entidad o grupo que firma la presente renuncia a \_\_\_\_\_ plaza/s de la reserva por los motivos expuestos a continuación (marcar con una cruz donde corresponda).

- a) Malaltia de participant/s que li/els impedisca assistir a l'activitat. En este caso, haurà d'adjuntar un certificat mèdic oficial, emplenat i firmat, o informe hospitalari. *Enfermedad de participante/s que le/s impida asistir a la actividad. En este caso, deberá adjuntar un certificado médico oficial, cumplimentado y firmado, o informe hospitalario.*
- b) Malaltia o mort d'un familiar fins a segon grau de consanguinitat o afinitat. En este caso, s'haurà d'adjuntar un certificat mèdic degudament emplenat i signat. *Enfermedad o muerte de un familiar hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad. En este caso, deberá adjuntar un certificado oficial debidamente cumplimentado y firmado.*
- c) Haver trobat un treball. En este caso, s'haurà d'adjuntar fotocòpia confrontada del contracte de treball o document equivalent. *Haber encontrado un trabajo. En este caso, deberá adjuntar fotocopia compulsada del contrato de trabajo o documento equivalente.*
- d) Suspensió de l'activitat per part de l'IVAJ o de les comunitats autònomes. *Suspensión de la actividad por parte del IVAJ o de las comunidades autónomas.*
- e) Altres causes de força major, degudament justificades; a l'efecte d'esta convocatòria i en referència a possibles devolucions, no s'assimilarà a causa de força major el fet que les previsions d'ocupació realitzades per les entitats sol·licitants no es complisquen. *Otras causas de fuerza mayor, debidamente justificadas; a efectos de esta convocatoria y en referencia a posibles devoluciones, no se asimilará a causa de fuerza mayor el hecho de que las previsiones de ocupación realizadas por las entidades solicitantes no se cumplan.*

(Les causes que apareixen en els supòsits a), b), c) i e) hauran de referir-se únicament i exclusivament als participants que s'han relacionat en l'annex IV i V. En el cas que estes llistes no s'hagueren entregat a l'IVAJ, no es podrà tindre en compte els motius exposats per a la sol·licitud de devolució de quota).

(Las causas que aparecen en los supuestos a), b), c) y e) deberán referirse única y exclusivamente a los participantes que se han relacionado en el anexo IV y V. En el caso de que dichas listas no se hubiesen entregado al IVAJ, no se podrá tener en cuenta los motivos expuestos para la solicitud de devolución de cuota).

Per la qual cosa, es SOL·LICITA la devolució de la quantitat corresponent, en el compte bancari següent:  
Por lo cual, se SOLICITA la devolución de la cantidad correspondiente, en la siguiente cuenta bancaria:

**E DADES DE L'ENTITAT BANCÀRIA / DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA**

TITULAR	CIF
---------	-----

CODI ENTITAT / CODIGO ENTIDAD	CODI OFICINA / CODIGO OFICINA	D.C.	NÚMERO COMPTE / NÚMERO DE LA CUENTA
-------------------------------	-------------------------------	------	-------------------------------------

**DILIGÈNCIA DE CONFORMITAT BANCÀRIA / DILIGENCIA DE CONFORMIDAD BANCARIA**

Les dades reflectides es corresponen amb les existents en la nostra entitat bancària.  
Los datos reflejados se corresponden con los existentes en nuestra entidad bancaria.

Director-a de la sucursal

Signatura i segell:  
Firma y sello:

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Segell de l'entitat  
Sello de la entidad

Firma: \_\_\_\_\_

(1) Adjunteu la fotocòpia del CIF del titular. / Adjuntar la fotocopia del CIF del titular.

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT / FECHA ENTRADA EN EL ORG. COMPETENTE



**A DADES DE L'ENTITAT O GRUP / DATOS DE LA ENTIDAD O GRUPO**

NOM DE L'ENTITAT / NOMBRE DE LA ENTIDAD			CIF (1)
COGNOMS DE LA PERSONA REPRESENTANT APELLIDOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE	NOM / NOMBRE		DNI
DOMICILI DEL REPRESENTANT (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO DEL REPRESENTANTE (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX
CÀRREC / CARGO			

**B DETALL DE LA RESERVA / DETALLE DE LA RESERVA**

INSTAL·LACIÓ / INSTALACIÓN	NÚM. RESERVA	DATES / FECHAS	PLACES ADJUDICADES PLAZAS ADJUDICADAS
----------------------------	--------------	----------------	--

**C PAGAMENTS REALITZATS (adjunten justificants d'ingressos)  
PAGOS REALIZADOS (adjuntar justificantes de ingresos)**

DATA / FECHA	IMPORT / IMPORTE	DATA / FECHA	IMPORT / IMPORTE
1)		3)	
2)		4)	

**D SOL·LICITUD / SOLICITUD**

D'acord amb la base 15 de la resolució de convocatòria de la campanya de temps lliure juvenil en la modalitat d'Oferta Concertada, per la qual es regula la renúncia de places.

L'entitat o grup que firma la present renúncia a \_\_\_\_\_ plaça/s de la reserva pels motius exposats a continuació (marcar amb una creu on corresponga).

De acuerdo con la base 15 de la resolución de convocatoria de la campaña de tiempo libre juvenil en la modalidad de Oferta Concertada, por la que se regula la renuncia de plazas.

La entidad o grupo que firma la presente renuncia a \_\_\_\_\_ plaza/s de la reserva por los motivos expuestos a continuación (marcar con una cruz donde corresponda).

- a) Malaltia de participant/s que li/els impedisca assistir a l'activitat. En este caso, haurà d'adjuntar un certificat mèdic oficial, emplenat i firmat, o informe hospitalari. *Enfermedad de participante/s que le/s impida asistir a la actividad. En este caso, deberá adjuntar un certificado médico oficial, cumplimentado y firmado, o informe hospitalario.*
- b) Malaltia o mort d'un familiar fins a segon grau de consanguinitat o afinitat. En este caso, s'haurà d'adjuntar un certificat mèdic degudament emplenat i signat. *Enfermedad o muerte de un familiar hasta segundo grado de consanguinidad o afinidad. En este caso, deberá adjuntar un certificado oficial debidamente cumplimentado y firmado.*
- c) Haver trobat un treball. En este caso, s'haurà d'adjuntar fotocòpia confrontada del contracte de treball o document equivalent. *Haber encontrado un trabajo. En este caso, deberá adjuntar fotocopia compulsada del contrato de trabajo o documento equivalente.*
- d) Suspensió de l'activitat per part de l'IVAJ o de les comunitats autònomes. *Suspensión de la actividad por parte del IVAJ o de las comunidades autónomas.*
- e) Altres causes de força major, degudament justificades; a l'efecte d'esta convocatòria i en referència a possibles devolucions, no s'assimilarà a causa de força major el fet que les previsions d'ocupació realitzades per les entitats sol·licitants no es complisquen. *Otras causas de fuerza mayor, debidamente justificadas; a efectos de esta convocatoria y en referencia a posibles devoluciones, no se asimilará a causa de fuerza mayor el hecho de que las previsiones de ocupación realizadas por las entidades solicitantes no se cumplan.*

(Les causes que apareixen en els supòsits a), b), c) i e) hauran de referir-se únicament i exclusivament als participants que s'han relacionat en l'annex IV i V. En el cas que estes llistes no s'hagueren entregat a l'IVAJ, no es podrà tindre en compte els motius exposats per a la sol·licitud de devolució de quota).

(Las causas que aparecen en los supuestos a), b), c) y e) deberán referirse única y exclusivamente a los participantes que se han relacionado en el anexo IV y V. En el caso de que dichas listas no se hubiesen entregado al IVAJ, no se podrá tener en cuenta los motivos expuestos para la solicitud de devolución de cuota).

Per la qual cosa, es SOL·LICITA la devolució de la quantitat corresponent, en el compte bancari següent:

Por lo cual, se SOLICITA la devolución de la cantidad correspondiente, en la siguiente cuenta bancaria:

**E DADES DE L'ENTITAT BANCÀRIA / DATOS DE LA ENTIDAD BANCARIA**

TITULAR	CIF
---------	-----

CODI ENTITAT CÓDIGO ENTIDAD	CODI OFICINA CÓDIGO OFICINA	D.C.	NÚMERO COMPTE NÚMERO DE LA CUENTA
--------------------------------	--------------------------------	------	--------------------------------------

**DILIGÈNCIA DE CONFORMITAT BANCÀRIA / DILIGENCIA DE CONFORMIDAD BANCARIA**

Les dades reflectides es corresponen amb les existents en la nostra entitat bancària.  
Los datos reflejados se corresponden con los existentes en nuestra entidad bancaria.

Director-a de la sucursal

Signatura i segell:

Firma y sello: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Segell de l'entitat  
Sello de la entidad

Firma: \_\_\_\_\_

(1) Adjunteu la fotocòpia del CIF del titular. / Adjuntar la fotocopia del CIF del titular.

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
FECHA ENTRADA EN EL ORG. COMPETENTE