**Convocatoria de Ayudas Económicas para la Selección de Operaciones para el Refuerzo de la Empleabilidad de Personas con Discapacidad Psicosocial – POISES – Año 2021-2022**

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA SUBCONTRATACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA AYUDA APROBADA CON TERCEROS**

**DENOMINACIÓN DE LA OPERACIÓN SUBVENCIONADA (NOMBRE DEL CURSO)**: …………………………………

**EXPEDIENTE: P…….-2021**

Dña/Don ………………., con DNI …………, actuando en nombre y representación de la …………………………………….., con CIF ………………., en su calidad de Representante legal, entidad beneficiaria de subvención de la convocatoria de ayudas económicas para la selecciones de operaciones para el refuerzo de la empleabilidad de personas con discapacidad psicosocial – año 2021-2022 en el marco del Programa Operativo POISES 2014-2020 Cofinanciado por el Fondo Social Europeo (FSE).

Destinada a proyectos de formativos, a desarrollar por quienes sean beneficiarios de estas ayudas, favoreciendo la inclusión laboral de las personas con discapacidad psicosocial, mediante la integración de acciones formativas que contemplen el reconocimiento y valoración de las actitudes, conocimientos, habilidades, expectativas y necesidades de los participantes de forma individualizada.

**SOLICITA** a la Fundación ONCE, en aplicación de la Ley 38/2003 de 17 de noviembre, General de Subvenciones, **AUTORIZACIÓN** para la subcontratación con la Entidad cuyos datos a continuación se relacionan:

**DATOS DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA DE SUBVENCIÓN PARA LA QUE SE SOLICITA AUTORIZACION DE SUBCONTRATACION:**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:……………………….

CIF:…………………………….

# DATOS DE LA EMPRESA A CONTRATAR

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: ………………………….

CIF: …………………………………….

# Importe Total de la operación: ……………€

# Importe para el que se solicita la Subcontratación:………. €

**Importe concedido por Fundación ONCE: ……………………………. €**

# % Que supone la subcontratación del total de la Operación: ……………. %

**ACTIVIDADES A SUBCONTRATAR:**

…………………………………………………………

**PERÍODO DE DURACIÓN DEL CONTRATO:** ……………………………………..

# VINCULACIÓN EXISTENTE

# …………………………..

# CAUSAS POR LAS QUE SE OPTA POR ESTA EMPRESA:

………………….

Fdo (firma y sello). Representante legal entidad beneficiaria