**DECLARACIÓN RESPONSABLE CUMPLIMIENTO REQUISITOS**

D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en nombre y representación de la entidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con CIF \_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en relación con el proyecto (nombre completo del proyecto tal y como se indica en el formulario de solicitud), objeto de solicitud, presentado en la Convocatoria de ayudas económicas para el Refuerzo de la Empleabilidad de Personas con Discapacidad Psicosocial 2020 (POISES) de la Fundación ONCE, en el marco del Programa Operativo de Inclusión Social y Economía Social cofinanciado por el Fondo Social Europeo 2014-2020.

**DECLARA**

Que dicha entidad se compromete, en el desarrollo de su proyecto, al cumplimiento de toda la normativa que sean de aplicación, para dar cobertura a las exigencias sanitarias derivadas de la pandemia, por el SARS-Cov-2 (COVID19), en materia de actividades en centros y servicios, actividades formativas, así como la formación en el entorno laboral.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente declaración

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2020.

FDO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma:

Nombre y apellidos Representante legal

Cargo

Nombre de la entidad

Sello de la entidad