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

**DENOMINACIÓN DE ACCIÓN SUBVENCIONADA**: …………………………………

**EXPEDIENTE: P…….-2020**

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 A PROYECTOS DE REFUERZO DE LA EMPLEABILIDAD DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD –POISES “UNO A UNO” – AÑO 2020 en el marco del Programa Operativo de Inclusión Social y Economía Social (POISES) 2014-2020 Cofinanciado por el Fondo Social Europeo (FSE).

Destinada a proyectos de refuerzo de la empleabilidad, a través programas de formación que incluyan formación en puesto de trabajo y que contribuyan a la inserción socio laboral de un colectivo como es el de las personas con discapacidad, quiénes tienen una mayor dificultad para encontrar un empleo de calidad. Por ello, mediante esta convocatoria, se pretende fomentar sus capacidades y competencias laborales, así como preparar específicamente a los participantes en el desempeño de una actividad profesional que esta responda a las demandas reales del mercado laboral actual.

**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 DEL PROYECTO: ……………..€

# IMPORTE PARA EL QUE SE SOLICITA SUBCONTRATACIÓN: …………………. €

**IMPORTE CONCEDIDO POR FUNDACIÓN ONCE: ……………………………. €**

# % QUE SUPONE LA SUBCONTRATACION DEL TOTAL DEL PROYECTO: ……………. %

**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