**DECLARACIÓN JURADA**

D./Dª. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en nombre y representación de la entidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con CIF \_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en relación con las Ayudas económicas recibidas de Fundación ONCE para el programa “\_\_\_\_\_\_\_” (convocatoria de Ayudas Económicas para la selección de operaciones para el Refuerzo de la Empleabilidad de Personas con Discapacidad “Psicosocial”), con nº de expediente P\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en el marco del Programa estatal FSE+ de Inclusión Social 2021-2027 cofinanciado por el Fondo Social Europeo.

**DECLARA**

Que el/la alumno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,con DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a **causado baja de la formación por baja por enfermedad dentro la operación con número de expediente P……./2023**. (adjuntamos copia del informe médico).

Que el/la alumno/a inició la formación con fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,y finaliza el día\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (fecha en la que causa baja la persona participante).

Que el/la alumno/a ha asistido a un total de **\_\_\_\_\_\_\_ horas del programa formativo (intervención individual + intervención grupal), del total de \_\_\_\_\_\_\_ horas del programa formativo aprobado, suponiendo el \_\_\_\_\_% (indicar el porcentaje con respecto a las horas totales del programa intervención individual + intervención grupal) del total del programa formativo aprobado.**

Que el/la alumno/a ha asistido a \_\_\_\_\_\_\_ horas de **intervención grupal** (indicar las horas de formación grupal a las que ha asistido el participante) del total de \_\_\_\_\_\_\_ horas de formación grupal del curso aprobado (indicar el total de horas de formación grupal), y a \_\_\_\_\_ horas de **intervención individual** (indicar las horas de intervención individual a las que ha asistido el participante) del total de \_\_\_\_\_\_\_ horas de intervención individual del curso aprobado (indicar el total de horas de intervención individual inicialmente programadas).

Teniendo en cuenta, según las bases de convocatoria del Programa estatal FSE+ de Inclusión Social para el 2023-2024, dentro del apartado 21 de ajustes sobre pagos de la ayuda, solo en los casos excepcionales, debidamente acreditados, en los que la persona participante no finalice el programa formativo a causa de **una baja por enfermedad**, o de una baja por contratación para un puesto de trabajo, se pagará el importe íntegro de la ayuda.

**Venimos a notificar dicha situación a Fundación ONCE** declarando que la persona participante ha cumplido **el …% del total del programa formativo,** **superando el 25% estipulado en la convocatoria de bases**

Y para que así conste, firmo la presente en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a\_\_ de\_\_\_\_\_\_ de 202...

*(Firma del Representante legal y sello de la entidad)*