

**CERTIFICACIÓN DEL GASTO SUBVENCIONABLE** (gastos directos de personal)

SI436C - PROGRAMA DEL PLAN CORRESPONSABLES A DESARROLLAR POR LAS ASOCIACIONES DE MADRES Y PADRES

**DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE**

RAZÓN SOCIAL

NIF


**DATOS DE LA PERSONA SECRETARIA DE LA ENTIDAD**

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDO

NIF





 CERTIFICA que los gastos directos de personal efectivamente realizados correspondiente al PROGRAMA  son los siguientes:

**1. PERSONAL PROPIO DE LA ENTIDAD:**

PERCEPTOR/A DE LA NÓMINA	NIF	PERFIL PROFESIONAL (BOLSAS DE CUIDADOS) (*)	PERFIL PROFESIONAL (PLANES DE FORMACIÓN)	MENSUALIDAD NÓMINA/AÑO	RETRIBUCIONES ÍNTEGRAS	COTIZACIONES SS A CARGO DE LA ENTIDAD	COSTE TOTAL	FECHA DE PAGO	COSTE IMPUTADO AL PROGRAMA
		<input type="text"/>							
TOTAL(A)								-----	

**2. CONTRATACIÓN EXTERNA (costes directos de personal):**

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIF	PERFIL PROFESIONAL (BOLSAS DE CUIDADOS) (*)	PERFIL PROFESIONAL (PLANES DE FORMACIÓN)	FECHA FACTURA	NÚMERO FACTURA	CONCEPTO	IMPORTE (IVA incluido)	FECHA DE PAGO	COSTE IMPUTADO AL PROGRAMA
		<input type="text"/>							
TOTAL(B)								-----	

(\*)

 A-Tasoc  
 D-Educación Infantil  
 G-Técnica/o Superior en Animación sociocultural y turística  
 J-Auxiliar de Educación Infantil o de Jardín de Infancia

 B-Monitoras/es de ocio y tiempo libre  
 E-Auxiliares de Guardería y Jardín de Infancia  
 H-Técnica/o Superior en Enseñanza y animación sociodeportiva  
 K-Algunos de los perfiles del artículo 31.3

 C-Tafad  
 F-Técnica/o Superior en Educación Infantil  
 I-Técnica/o Superior en Integración social

FIRMA DE LA PERSONA SECRETARIA DE LA ENTIDAD

Lugar y fecha

,  de  de



Secretaría General de la Igualdad