DECLARACIÓN RESPONSABLE

COSTE SALARIAL ANUAL

PLAZA DE CARÁCTER PERMANENTE

AYUDAS CONSOLIDACIÓN INVESTIGADORA

**Nº de Referencia de la ayuda**:

**Entidad beneficiaria**:

**CIF**:

**Nombre del representante legal**:

**DNI**:

**Nombre del Investigador/a**:

**DNI/NIE/pasaporte del investigador/a**:

En relación con los requisitos especificados en el artículo 21.3.b) de la resolución de convocatoria correspondiente, yo, Representante Legal de..............................., declaro que:

🞎 El coste salarial anual de la plaza permanente creada y convocada, para su cobertura, como fecha máxima, en la fecha en la que finalice el periodo de ejecución de la actuación, ha sido de XXXXXXX euros.

Lo que se comunica a todos los efectos, en ................... a ..... de ……………..... de 20........

|  |  |
| --- | --- |
| Firmado D/Dª .....................................  Representante Legal | Firmado D/Dª .....................................  Investigador/a |