

DECLARACIÓN RESPONSABLE

D/D^a _____, con
DNI/NIF _____ en su condición de representante de la empresa
_____, con el cargo de
_____ y CIF _____,
habiendo solicitado al Ayuntamiento de Córdoba la concesión del distintivo
Concilia Plus Ayuntamiento de Córdoba-DKV Seguros Médicos o la
renovación del sello Concilia Plus en la edición del año 2015.

MANIFIESTA:

- a) Que la empresa que representa cumple con los requisitos exigidos en las bases de la convocatoria del distintivo "Concilia Plus" Ayuntamiento de Córdoba - DKV Seguros Médicos en la edición del año 2015.
- b) Que está dada de alta en el impuesto sobre actividades económicas o, en su caso, alta en el registro de asociaciones.
- c) Que la persona que firma la solicitud representa a la organización solicitante, siendo ciertos los datos que aporta.
- d) Que las medidas de conciliación que se están aplicando en la organización son ciertas y se están llevando a cabo en la actualidad.
- e) Que la empresa tenga trabajadores/as contratados/as por el Régimen General de la seguridad Social, en su centro de trabajo de Córdoba capital

QUE LA ENTIDAD SOLICITA:

- Renovación del sello Concilia Plus para uso durante un año, desde la edición Concilia Plus 2015 hasta la próxima edición de estos premios, pudiéndolo usar en los documentos durante dicho período de tiempo.
- Concesión del premio Concilia Plus en su edición del año 2015.

Córdoba, a _____ de _____ de 2015

POR LA ENTIDAD/EMPRESA,

Fdo: _____
(Nombre y firma del/de la representante legal y sello de la entidad)