



## ANEXO II

### **AUTORIZACIÓN PARA RECABAR DATOS TRIBUTARIOS A LA AGENCIA TRIBUTARIA RELATIVOS AL NIVEL DE RENTA (IRPF).**

Padre, madre o tutor/a del solicitante y el propio solicitante, en el supuesto de ser mayor de edad o estar emancipado, DECLARAN BAJO RESPONSABILIDAD SOLIDARIA:

- Que aceptan las bases de la presente convocatoria.
- Que quedan enterados/as que la inexactitud de las circunstancias declaradas dará lugar a la denegación o revocación de la Ayuda, incurriendo en responsabilidad por falsedad u omisión.
- Que tienen conocimiento de la incompatibilidad de estas becas y que en caso de obtener otra beca o ayuda que cubra el mismo concepto procedente de cualquier Administración o entidad pública o privada deberá comunicarlo a la Administración Educativa.

La/s persona/s abajo firmante/s autoriza/n a la **Universidad Pablo de Olavide** a solicitar de la Agencia Estatal de Administración Tributaria información de naturaleza tributaria para el **reconocimiento, seguimiento y control** de las Ayudas del Plan Propio de la Universidad Pablo de Olavide, cuando la persona que figura en el apartado A de la presente autorización pueda resultar beneficiaria.

La presente autorización se otorga exclusivamente a los efectos del **reconocimiento, seguimiento y control** de la subvención o ayuda mencionada anteriormente y en aplicación del *artículo 95.1 k) de la Ley 58/2003, General Tributaria* que permite, previa autorización del interesado, la cesión de los datos tributarios que precisen las Administraciones Públicas para el desarrollo de sus funciones.

**INFORMACIÓN TRIBUTARIA AUTORIZADA: DATOS QUE POSEA LA AGENCIA TRIBUTARIA DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS FÍSICAS DEL EJERCICIO 2022.**

#### **A.- DATOS DEL SOLICITANTE DE LA AYUDA.**

|                     |       |
|---------------------|-------|
| APELLIDOS Y NOMBRE: |       |
| NIF                 | FIRMA |

#### **B.- DATOS DE OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA DEL SOLICITANTE CUYOS INGRESOS SON COMPUTABLES PARA EL RECONOCIMIENTO, SEGUIMIENTO O CONTROL DE LA AYUDA.**

**(Únicamente mayores de 18 años) (Si es necesario utilícese más de un impreso).**

| PARENTESCO CON EL SOLICITANTE | NOMBRE Y APELLIDOS | NIF | FIRMA |
|-------------------------------|--------------------|-----|-------|
|                               |                    |     |       |
|                               |                    |     |       |
|                               |                    |     |       |
|                               |                    |     |       |
|                               |                    |     |       |
|                               |                    |     |       |
|                               |                    |     |       |
|                               |                    |     |       |
|                               |                    |     |       |
|                               |                    |     |       |

En ....., a ..... de ..... de .....

NOTA: La Autorización concedida por cada firmante puede ser revocada en cualquier momento mediante escrito dirigido a la Universidad Pablo de Olavide.

**ESTE DOCUMENTO DEBERÁ ADJUNTARSE UNA VEZ FIRMADO POR TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR, JUNTO CON EL RESTO DE DOCUMENTACIÓN EXIGIDA EN EL APARTADO 7.**

Código Seguro de Verificación: 6wEq852pjE42ToKN2+2DITJLYdAU3n8j. Permite la verificación de la integridad de una copia de este documento electrónico en la dirección: <https://portafirmas.upo.es/verificarfirma> Este documento incorpora firma electrónica reconocida de acuerdo a la Ley 59/2003, de 19 de diciembre, de firma electrónica.

|             |  |                                  |            |     |
|-------------|--|----------------------------------|------------|-----|
| FIRMADO POR | Sello electrónico de la Universidad Pablo de Olavide | FECHA                            | 21/09/2023 |     |
| ID. FIRMA   | firma.upo.es   | 6wEq852pjE42ToKN2+2D1TJLYdAU3n8j | PÁGINA     | 1/1 |

