



**MEMORIA EXPLICATIVA SOBRE O PROGRAMA E ACTUACIÓNS OBXECTO DA SOLICITUDE DE SUBVENCIÓN**  
(cubrir un para cada programa)

**DATOS DA ENTIDADE SOLICITANTE**

RAZÓN SOCIAL

NIF

**E, NA SÚA REPRESENTACIÓN** (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME/RAZÓN SOCIAL

PRIMEIRO APELIDO

SEGUNDO APELIDO

NIF

**FICHA DO PROGRAMA** (identificar de acordo co establecido no artigo 5)

1. DENOMINACIÓN DO PROGRAMA

2. LIÑA DE ACTUACIÓN

3. TIPO DE PROGRAMA

4. XUSTIFICACIÓN DA NECESIDADE SOCIAL DETECTADA E DA COBERTURA PÚBLICA OU PRIVADA QUE EXISTE PARA ATENDER A NECESIDADE DESCRITA

5. DESCRICIÓN DO CONTIDO DO PROGRAMA

6. OBXECTIVOS QUE SE PRETENDEN ACADAR CO PROGRAMA

7. ACTUACIÓNS DO PROGRAMA

ACTUACIÓN	PERSOAS BENEFICIARIAS	DATA DE INICIO	DATA DE FIN

8. NÚMERO TOTAL DE PERSOAS BENEFICIARIAS DIRECTAS

9. CRITERIOS PARA A SELECCIÓN DAS PERSOAS BENEFICIARIAS



FICHA DO PROGRAMA (continuación)

10. SISTEMAS DE CALIDADE:

--

11. INDICADORES PREVISTOS PARA AVALIAR O PROGRAMA

OBXECTIVO	INDICADOR	RESULTADO ESPERADO

12. LOCALIZACIÓN TERRITORIAL DO PROGRAMA

PROVINCIA/S	LOCALIDADE/S	PERSOAS BENEFICIARIAS

12.bis LOCALIZACIÓN TERRITORIAL DO PROGRAMA (para entidades que desenvolven programas por medio de organizacións)

PROVINCIA	LOCALIDADE	ENTIDADE QUE REALIZA O PROGRAMA		PERSOAS BENEFICIARIAS	CONTÍA SOLICITADA
		NIF	NOME ENTIDADE		

13. ORZAMENTO DO PROGRAMA

CONCEPTOS	IMPORTE SOLICITADO	IMPORTE DOUTRAS SUBVENCIONS	IMPORTE DO FINANCIAMENTO PROPIO	IMPORTE TOTAL
A. Gastos de persoal (debe coincidir co punto 14)				
B. Gastos correntes. Especifíquese:				
C. Axudas de custos e gastos de viaxes				
D. Xestión e administración				
<b>TOTAL GASTOS</b>				



FICHA DO PROGRAMA (continuación)

14. DATOS GLOBAIS DO EQUIPO QUE REALIZARÁ O PROGRAMA E PERFIL PROFESIONAL

Nº DE PERSOAS TRABALLADORAS	TITULACIÓN/CATEGORÍA	Nº DE HORAS SEMANAIS	Nº DE MESES	RETRIBUCIÓN TOTAL	SEGURIDADE SOCIAL A CARGO DA ENTIDADE	TOTAL
<b>TOTAL</b>						

15. PERSOAL VOLUNTARIO QUE COLABORA CO PROGRAMA

CUALIFICACIÓN/EXPERIENCIA	Nº TOTAL	FUNCÍONS	Nº DE HORAS ADICADAS AO PROGRAMA

16. MEDIOS TÉCNICOS

17. DESCRICIÓN, SE É O CASO, DA COLABORACIÓN DOUTRAS ENTIDADES PÚBLICAS NO FINANCIAMENTO DO PROGRAMA

ENTIDADE	CONTÍA

18. OUTRAS AXUDAS E COLABORACIÓNS PREVISTAS

19. OUTRAS CONSIDERACIÓNS NON INCLUÍDAS NOS PUNTOS ANTERIORES QUE SE CONSIDERE NECESARIO REFLECTIR

SINATURA DA PERSOA REPRESENTANTE

Lugar e data

,  de  de