**ANEXO I**

**MEMORIA DE PROGRAMA**

**CONCESIÓN DIRECTA DE SUBVENCIÓN AL COMITÉ DE REPRESENTANTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA REGIÓN DE MURCIA, PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA ÚNICAS**

|  |  |
| --- | --- |
| **1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD** | |
| **Nombre de la Entidad** |  |
| **NIF** |  |
| **Domicilio** |  |
| **Municipio** |  |
| **Teléfono** |  |
| **E-mail** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de la persona de contacto** | | | |
|  | | | |
| **E-mail** |  | **Teléfono** |  |

|  |
| --- |
| **2.- JUSTIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DEL PROYECTO** |
|  |

|  |
| --- |
| **3.- DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO** |
| **3.1. Descripción del contenido de la intervención**  ***(Actuaciones a realizar)*** |
|  |
| **3.2. Organización interna**  ***(Perfil de la persona responsable y el equipo de trabajo)*** |
|  |
| **3.3. Coordinación**  ***(Mecanismos y procedimientos de coordinación con otras Administraciones Públicas y otras entidades para la consecución de los objetivos del proyecto)*** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.- CALENDARIO DE EJECUCIÓN** | | | |
| **Fecha de inicio** |  | **Fecha de finalización** |  |

|  |
| --- |
| **5.- PERSONAS DESTINATARIAS DEL PROYECTO** |
| **Criterios para la selección de los/as beneficiarios/as:** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **6.- OBJETIVOS Y ACTUACIONES** | | | |
| **OBJETIVO** | **ACTUACIONES** | **INDICADORES DE EVALUACIÓN (1)** | **RESULTADOS PREVISTOS (2)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **7.- METODOLOGÍA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PROYECTO** |
| **Describa qué metodologías tiene previsto implantar para realizar un adecuado seguimiento del proyecto, así como una correcta evaluación de las acciones realizadas** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **8.- PERSONAL CONTRATADO ADSCRITO AL PROYECTO** | | |
| **Datos globales del equipo que realizará el proyecto y categoría profesional:**  **\*Cumplimentar una fila por trabajador/a** | | |
| **Categoría /**  **Cualificación profesional\*** | **Dedicación de horas**  **semanales al proyecto** | **Total gastos de personal**  **(1+2+3)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTALES:** |  |  |
| **Especifique detalladamente las funciones que realizará el personal del proyecto que ha relacionado en el punto anterior:** (Especificar estas tareas para cada uno de los trabajadores del proyecto, individualmente) | | |
|  | | |

Firmado electrónicamente.