|  |  |
| --- | --- |
| Procedimiento: | 3526 |
|  | |
| Trámite: | Solicitud de subvención |

**A N E X O II**

**Ficha resumen de la Memoria del proyecto**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.- NOMBRE DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** | | | |
| **NIF:** | **Nombre/Razón Social de la Entidad Local:** | | |
|  |  | | |
| **Número de Inscripción en el Registro de Centros y Servicios Sociales (RCSS) a efectos de ejecución de este proyecto:** | |  | |
|  | | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2.- DENOMINACIÓN DEL PROYECTO** | | | | | | | | | | | | |
|  | **Nombre del Proyecto para el que solicita la subvención:** | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | |
|  | **Indicar si el proyecto ya está financiado a través de conciertos, contratos o convenios con la Administración de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia u otras Administraciones Publicas u organismos pertenecientes a los sectores públicos de los mismos:** | | | | | | | **☐ SI** | | | **☐ NO** | |
|  | **Existencia de recursos o servicios análogos en el mismo ámbito territorial:** | | | | | | | **☐ SI** | | | **☐ NO** | |
|  | **Periodo de ejecución del proyecto.** | | **Desde:** |  | | **Hasta:** | | |  | | | |
|  | **SEDE/S EN LA/S QUE SE REALIZA EL PROYECTO**  (En caso de realizarse en más de un centro y/o zona deberá especificarse): | **Dirección:** |  | | | | | | | | | |
|  | **Localidad:** |  | | **Municipio:** | |  | | | **CP:** | |  |
|  | **Teléfono/s:** |  | | | |  | | | | | |
|  | **Email:** |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. PRESUPUESTO DEL PROYECTO** | | | |
| **GASTOS** | **AÑO 2021** | **AÑO 2022** | **TOTAL** |
| **A. TOTAL COSTES DIRECTOS**  **Desglose:** |  |  |  |
| **1. Personal** |  |  |  |
| **2. Mantenimiento y Actividades** |  |  |  |
| 2.1. Gastos del local donde se desarrolla el proyecto. |  |  |  |
| 2.2. Materiales diversos. |  |  |  |
| 2.3. Gastos de publicidad y propaganda |  |  |  |
| 2.4. Gastos de trasporte de mercancías |  |  |  |
| 2.5. Gastos derivados de colaboraciones esporádicas |  |  |  |
| 2.6. Gastos de la póliza de seguros accidentes/enfermedad y responsabilidad civil de voluntarios |  |  |  |
| 2.7. Gastos específicos del desarrollo de las actividades |  |  |  |
| **3. Dietas y gastos de viaje** |  |  |  |
| **B. TOTAL DE COSTES INDIRECTOS**  *(10% de los gastos directos de personal (1) imputados al proyecto).* |  |  |  |
| **TOTAL PROYECTO** |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.- GESTIÓN DEL PROYECTO. Medios personales. Adecuación de recursos humanos** | | | | | | | |
| **4.1. Datos globales del equipo que realizará el proyecto y categoría profesional.** | | | | | | | |
| **Categoría o cualificación profesional** | **Propio /**  **a contratar** | | **Nº meses** | **% dedicación al proyecto** | **Retribución bruta** | **Seguridad Social a cargo del empleador** | **Total gastos de personal** |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |
| **Totales** |  | |  |  |  |  |  |
| **4.2. En el caso de tener prevista la subcontratación de alguna de las actividades que constituyen el contenido principal del proyecto, indíquelo, así como la causa que la motiva.** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Coste previsto de la subcontratación.** | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **5. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD** | | | | |
| **5.1. Sistemas de evaluación de la calidad de la gestión y auditorías de la entidad.** (Marque con una X en los años correspondientes en caso de poseer acreditación). | | | | |
| **Certificado** | **AÑO 2017** | **AÑO 2018** | **AÑO 2019** | **AÑO 2020** |
| **Certificación de Gestión de la Calidad.** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Certificación de Sistemas de Gestión Documental.** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Certificación de Sistemas de Gestión de que Quejas y Reclamaciones.** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Certificación de sistemas de aumento del control y del análisis de los resultados.** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Auditorías de cuentas.** |  | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Otros (Indicar tipo de certificado).** |  |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **5.2. Observaciones** | | | | |
|  | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| D. / Dª. |  | , representante legal de la entidad solicitante |
| Certifica la veracidad de todos los datos declarados en el presente Anexo. | | |

Documento firmado electrónicamente por

El/la representante legal de la entidad local

**EXCMA. SRA. CONSEJERA DE MUJER, IGUALDAD, LGTBI, FAMILIAS Y POLÍTICA SOCIAL.**