|  |  |
| --- | --- |
| **Procedimiento:** | 3526 |
| **Convocatoria** | Convocatoria de subvenciones a entidades locales de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia para la financiación de la elaboración de un Diagnóstico Local Participativo en el marco del Programa FSE+ Región de Murcia 2021-2027 |
|  |
| **Trámite:** | Solicitud de subvención |

**A N E X O I**

**Ficha resumen de la Memoria del proyecto**

|  |
| --- |
| **1.- NOMBRE DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** |
| **NIF:** | **Nombre/Razón Social de la Entidad:** |
|  |  |
| **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** |
|  | **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. ÁREAS MUNICIPALES VINCULADAS AL PROYECTO** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **4. PRESUPUESTO DEL PROYECTO** |
| **GASTOS** | **AÑO 2025** | **AÑO 2026** | **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 imputados al proyecto).* |   |   |   |
| **TOTAL PROYECTO** |   |   |   |

|  |
| --- |
| **5.- FINANCIACIÓN DEL PROYECTO (1)** |
| **APORTACIÓN CARM (Solicitud)** | **%****(máx. 95%)** | **APORTACIÓN ENTIDAD LOCAL** | **%****(min. 5%)** | **TOTAL DEL PROYECTO** |
|  |  |  |  |  |

**(1) En caso de cofinanciación se aportará compromiso de cofinanciación según lo reflejado en el artículo 8 de la Convocatoria.**

|  |
| --- |
| **6.- GESTIÓN DEL PROYECTO. Medios personales. Adecuación de recursos humanos**  |
| **6.1. 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 y otros costes a cargo del empleador**  | **Total gastos de personal** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Totales** |  |  |  |  |  |  |
| **6.2. 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.** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **7. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA GESTIÓN** |
|  | **7.1. Sistemas de evaluación de la calidad en la gestión y auditorías de la entidad.** (Enumere los certificados y marque con una X en los años correspondientes en caso de poseer acreditación). |
| **Certificado** | **AÑO 2021** | **AÑO 2022** | **AÑO 2023** | **AÑO 2024** | **AÑO 2025** |
| **Sistemas de evaluación de la calidad de la gestión (enumerar)** |  |  |  |  |  |
|  | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| **Auditorías de cuentas.** | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  | **7.2. 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

**EXCMA. SRA. CONSEJERA DE POLÍTICA SOCIAL, FAMILIAS E IGUALDAD**