|  |
| --- |
| MODELO SUBSANACION/REFORMULACION SOLICITUD DE SUBVENCIÓNFORMAS INNOVADORAS DE INTEGRACIÓN LABORAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD |



##  EMPLEO CON APOYO [ ]  GABINETES DE ORIENTACION E INSERCION LABORAL [ ]

## DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de la Entidad:      | CIF.:      |

## DATOS DEL PERSONAL CON DISCAPACIDAD PREVISTO ATENDER

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONAS CON DISCAPACIDAD** | **Nº PERSONAS CON DISCAPACIDAD PREVISTO ATENDER** | **Nº DE ATENCIONES PREVISTAS** |
| **FISICA/ORGÁNICA** |       |       |
| **SENSORIAL** |       |       |
| **PARÁLISIS CEREBRAL, CON TRASTORNO DE LA SALUD MENTAL, CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL, CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO CON CAPACIDAD INTELECTUAL LÍMITE** |       |       |

## DESGLOSE COSTE DE PERSONAL Y OTROS COSTES PREVISTO EN EL PROYECTO

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***(Se acompañará el cálculo desglosado por cada uno del personal incluido en el proyecto)*** | **Nº** | **IMPORTE** |
| **Coordinador** |       |       |
| **Orientador/a** |       |       |
| **Técnico Empleo/Interprete lengua de signos** |       |       |
| **Preparador/a** |       |       |
| **TOTAL COSTE PERSONAL** |       |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **%** | **IMPORTE** |
| **Otros Costes** |       |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **IMPORTE** |
| **TOTAL ………………………………………………………………..** |  |

Por todo ello, **SOLICITA**, le sea concedida una subvención de **Euros**

|  |
| --- |
| En Firma del Representante Legal (firmado electrónicamente)Nombre y apellidos: NIF: |

### ILTMA. SRA. DIRECTORA GENERAL DEL SERVICIO REGIONAL DE EMPLEO Y FORMACIÓN