

CONVOCATORIA DE SUBVENCIONES ASOCIACIONES DE  
PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2020

**ANEXO III: MEMORIA DE LA ENTIDAD SOLICITANTE.**  
**MODALIDAD: PROYECTOS, ACTIVIDADES, ACCIONES**

**1. DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE**

NIF: \_\_\_\_\_ Siglas: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha constitución según acta fundacional \_\_\_\_\_

Número de socios /as \_\_\_\_\_

Cuota anual de los socios \_\_\_\_\_

**Características del local / sede de la asociación**

Local alquilado       Local propio       Local cedido (Indicar quien lo cede)

Local cedido sólo para reuniones o actividades puntuales. (Indicar quien lo cede)

Otros \_\_\_\_\_

Sede Central de la Entidad \_\_\_\_\_

Funciona íntegramente en el municipio de Ciudad Real  No  Sí

En caso negativo indicar otros lugares de

funcionamiento con centro

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Declarada de Utilidad Pública?  No  Sí. ¿Auditoria Externa?  No  Sí. ¿Certificado de  
Calidad?  No  Sí.

En caso afirmativo indique órgano, fecha de la declaración y aporten resolución

\_\_\_\_\_

¿Pertenece a una Federación o Confederación?  No  Sí. En caso afirmativo facilite la  
siguiente información:

NIF: \_\_\_\_\_ Siglas: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

A rellenar en caso de ser la entidad solicitante una Federación, Confederación....

ASOCIACIONES INTEGRADAS EN LA ENTIDAD SOLICITANTE		
NIF	Nombre y Siglas	Ámbito

**Servicios que presta la Asociación**

(Indicar los servicios que presta la Entidad)

Servicio	Destinatarios	Periodo	Días semana	Horario
Ejemplo --/--/-- a --/--/--				
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

### 3. SOBRE EL PROYECTO.

Denominación del proyecto

\_\_\_\_\_

Coste total del proyecto: \_\_\_\_\_ €. Cuantía solicitada \_\_\_\_\_ €

#### Responsable del proyecto

NIF: \_\_\_\_\_ Nombre y Apellidos \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Correo Electrónico \_\_\_\_\_

#### Periodo de ejecución

Periodo previsto: de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### Destinatarios del Proyecto/programa o servicio

Número de destinatarios del proyecto: \_\_\_\_\_

Perfil de los destinatarios

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Don o Doña \_\_\_\_\_, representante  
legal de la entidad solicitante

DECLARA que son ciertos todos los datos obrantes en la presente Memoria.

En Ciudad Real a, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20

Firma de la representante legal de la entidad:

*Sus datos de carácter personal se incluirán en una actividad de tratamiento de la que es responsable el PATRONATO MUNICIPAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, cuya finalidad es la gestión y tramitación de subvenciones. Finalidad basada en obligaciones legales (Ley 38/2003). Se comunicarán sus datos a administraciones con competencia en la materia para la gestión y justificación de subvenciones. Sus datos personales se mantendrán hasta cinco años después de terminar la finalidad. Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones basadas únicamente en el tratamiento automatizado de sus datos, cuando procedan, ante el PATRONATO MUNICIPAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, Plaza Mayor 1, 13001, Ciudad Real o en la dirección de correo electrónico [dpd@ayto-ciudadreal.es](mailto:dpd@ayto-ciudadreal.es), en la que también podrá solicitar más información adicional.*