



Anexo III Resumen del proyecto

1.- Datos de identificación:

| | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-------------|----|----------------------|----|
| Datos de la Entidad solicitante: | NIF/ NIE | | Nombre/ Razón Social | |
| Denominación del Centro o Servicio para el que solicita la subvención | | | | |
| Domicilio | Tipo de vía | | Nombre vía | Nº |
| Piso | Puerta | CP | Localidad | |
| Nombre y apellidos del Director o Responsable directo del Proyecto | | | | |
| Fecha puesta en funcionamiento | | | | |
| Colectivos diana del Centro o Servicio | | | | |

2.- Datos económicos del Proyecto:

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 2.1.- Valoración económica del Proyecto (coste total) (debe coincidir con el Anexo IV) | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| 2.2.- IMPORTE SOLICITADO (debe coincidir con el que figura en el apartado 1 del Anexo I) | |
| 2.3.- ASIGNACIÓN DEL IMPORTE SOLICITADO | |
| Tipo de gasto | Euros |
| GASTOS DE PERSONAL | |
| | |
| GASTOS CORRIENTES | |
| | |
| | |
| | |
| TOTAL (Debe coincidir con el apartado 2.2) | |

3.- Datos del Proyecto



3.1.- Descripción

| | |
|---------------------------------------------|--|
| Denominación del Proyecto | |
| Fundamentación e interés sanitario y social | |
| Objetivos | |
| Nº de usuarios previstos | |

3.2.- Indicadores

| | |
|------------------------------------------------------------------|--|
| Indicadores de cumplimiento de actividades y periodicidad | |
| Indicadores de cumplimiento de objetivos y periodicidad | |

4.- Metodología del Proyecto

| | | |
|-------------------------------|--------------------|--|
| Tipo de estudio/ intervención | | |
| Ámbito de intervención | Geográfico | |
| | Año de realización | |
| | Población diana | |
| Actividades a desarrollar | | |

5.- Cronograma

| Actividades | Meses (1) | | | | | | | | | | | |
|-------------|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

(1) Mes 1 = Mes inicio período subvencionable. Mes 12 = Mes fin período subvencionable.

6.- Medios necesarios para el desarrollo del Proyecto:



| Medios disponibles | |
|------------------------------|--|
| Humanos | |
| Materiales | |
| Medios no disponibles | |
| Humanos | |
| Materiales | |

7.- Protocolos de derivación-coordinación (se deberá acompañar la documentación acreditativa de la existencia de los mecanismos de derivación-coordinación con las diferentes redes sanitarias y sociales):

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 7.1.- Relación de centros asistenciales, sanitarios y sociales en los que existan mecanismos establecidos de derivación de pacientes y coordinación asistencial: | |
| 7.2.- Breve descripción del procedimiento utilizado para la derivación de pacientes y coordinación asistencial sanitaria: | |
| 7.3.- Breve descripción del procedimiento utilizado para la derivación de pacientes y coordinación con los servicios sociales: | |

En....., a.....de..... de.....

FIRMA de el/la Representante Legal de la Entidad

| |
|--|
| |
|--|

| | |
|---------------------|--|
| DESTINATARIO | |
|---------------------|--|