

CONVOCATORIA DE SUBVENCIONES
ASOCIACIONES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2020

ANEXO IV: MEMORIA DE LA ENTIDAD SOLICITANTE
MODALIDAD MANTENIMIENTO

1. SOBRE LA ASOCIACIÓN

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

Sin local Local propio/ alquilado Local cedido (Indicar por 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 y 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 _____

ASOCIACIONES INTEGRADAS EN LA ENTIDAD SOLICITANTE		
NIF	Nombre y Siglas	Ámbito

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

Servicios que presta la Asociación

(Indicar los servicios/actividades regladas que tiene semanalmente)

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

Organización/participación en actividades locales

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____

3. SOBRE EL PROYECTO DE MANTENIMIENTO

Denominación: ____ "GASTO CORRIENTE PARA MANTENIMIENTO DE LA ASOCIACIÓN"

Coste total del Mantenimiento de la Asociación: _____ €. Cuantía solicitada _____ €

Cuantía aportada por la Asociación para su mantenimiento _____ €

Responsable del Mantenimiento de la Asociación

NIF: _____ Nombre y Apellidos _____

Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Periodo de mantenimiento activo de la asociación

Periodo previsto: de ____/____/____ a: ____/____/____

Don o Doña _____, representante legal de la entidad solicitante

DECLARA que son ciertos los datos obrantes en la presente memoria.

En _____ 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, en la que también podrá solicitar más información adicional.