



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

SECRETARÍA  
DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

INSTITUTO DE LA MUJER  
Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES



UNIÓN EUROPEA  
FONDO SOCIAL EUROPEO  
*El FSE invierte en tu futuro*

N.º Exp.		<b>16</b>
----------	--	-----------

N.º Prog.	
-----------	--

### ANEXO III MEMORIA EXPLICATIVA DEL PROGRAMA

#### 1. Nombre de la entidad.

C.I.F.	

#### 2. Denominación del programa.

--	--

#### 3. Colectivo de atención.

--

#### 4. Descripción y fines del programa.

**4.1. Justificación de la necesidad social detectada y de la cobertura pública o privada que existe para atender la necesidad descrita:**

--



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

SECRETARÍA  
DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

INSTITUTO DE LA MUJER  
Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES



UNIÓN EUROPEA  
FONDO SOCIAL EUROPEO  
*El FSE invierte en tu futuro*

N.º Exp.		<b>16</b>
----------	--	-----------

N.º Prog.	
-----------	--

#### 4.2. Descripción del contenido del programa:

#### 4.3. Objetivos que se pretenden alcanzar con el programa:



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

SECRETARÍA  
DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

INSTITUTO DE LA MUJER  
Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES



UNIÓN EUROPEA  
FONDO SOCIAL EUROPEO  
*El FSE invierte en tu futuro*

N.º Exp.  16

N.º Prog.

#### 4.4. Actividades que incluye el programa y calendario previsto.

Actividades	Nº Beneficiarios/as	Fecha inicio prevista	Fecha término prevista



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

SECRETARÍA  
DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

INSTITUTO DE LA MUJER  
Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES



UNIÓN EUROPEA  
FONDO SOCIAL EUROPEO  
*El FSE invierte en tu futuro*

N.º Exp.	<b>16</b>
----------	-----------

N.º Prog.	
-----------	--

#### 4.5. Beneficiarios/as:

4.5.1. Número de beneficiarios/as directos/as:

4.5.2. Criterios para la selección de los/as beneficiarios/as:

4.5.3. Cantidad que deberá aportar cada beneficiario/a para acogerse al programa (en su caso): €

4.5.4. Criterios para la determinación de la aportación económica de los/as beneficiarios/as:

#### 4.6. Indicadores previstos para evaluar el programa

Objetivo	Indicador	Resultados esperado



MINISTERIO  
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

SECRETARÍA  
DE ESTADO DE SERVICIOS SOCIALES  
E IGUALDAD

INSTITUTO DE LA MUJER  
Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES



UNIÓN EUROPEA  
FONDO SOCIAL EUROPEO  
*El FSE invierte en tu futuro*

N.º Exp.  **16**

N.º Prog.

**5. Localización territorial del programa. Detalle del importe solicitado en cada localización territorial.**

Comunidad Autónoma	Provincia	Localidad	Entidad que realiza el programa		Beneficiarios/ beneficiarias	Duración en meses	Cuantía Solicitada al Instituto de la Mujer	Coste Total
			C.I.F.	Nombre				
<b>Totales:</b>								

N.º Exp.  16

N.º Prog.

**6. Presupuesto total estimado para el programa, desglosado por origen de financiación y por conceptos de gasto.**

CONCEPTOS	Cuantía Solicitada al IMIO	Otras Subvenciones	Financiación Propia	Coste Total
<b>6.1. GASTOS CORRIENTES</b>				
Personal:				
Mantenimiento y actividades:				
Dietas y gastos de viaje:				
<b>Total gastos corrientes:</b>				
<b>6.3. GASTOS DE GESTIÓN Y ADMINISTRACIÓN</b>				
<b>TOTAL:</b>				

**7. Gestión del programa.**

7.1. Medios personales:					
7.1.1. Datos globales del equipo que realizará el programa y categoría profesional:					
Categoría o cualificación profesional	Nº Total	Dedicación total al programa en horas	Retribución bruta total	Seguridad Social a cargo de la Empresa	Total gastos de personal
<b>Totales:</b>					





N.º Exp.  16

N.º Prog.

**7.5. Indique si este programa ha sido subvencionado en años anteriores por otras ayudas de la Administración Central o de otras Administraciones Públicas y, en su caso, cuantía de la subvención:**

Año	Órgano concedente	Cuantía

**7.6. Si la entidad ha gestionado programas similares al solicitado y no han sido subvencionados por el Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades, por otros Ministerios u otras Administraciones Públicas, especifíquelos e indique desde qué año viene realizándolos.**

## **8. Ayudas y colaboraciones para la ejecución del programa.**

**8.1. Acuerdos de colaboración suscritos o que prevea suscribir con otras Administraciones Públicas para la ejecución del programa (se adjuntará documentación acreditativa).**

**8.2. Otras ayudas y colaboraciones previstas.**



N.º Exp.		<b>16</b>
----------	--	-----------

N.º Prog.	
-----------	--

**9. Para ejercicios sucesivos, indique los gastos previstos para el mantenimiento del programa y su financiación.**

--

**Don/Dña ....., representante legal de la entidad solicitante, certifica la veracidad de todos los datos obrantes en el presente Anexo.**

**..... a ..... de .....de 2016**

**Firmado:.....**