



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

ANEXO III MEMORIA EXPLICATIVA DEL PROGRAMA

1. Nombre de la entidad.

	C.I.F.

2. Descripción y fines.

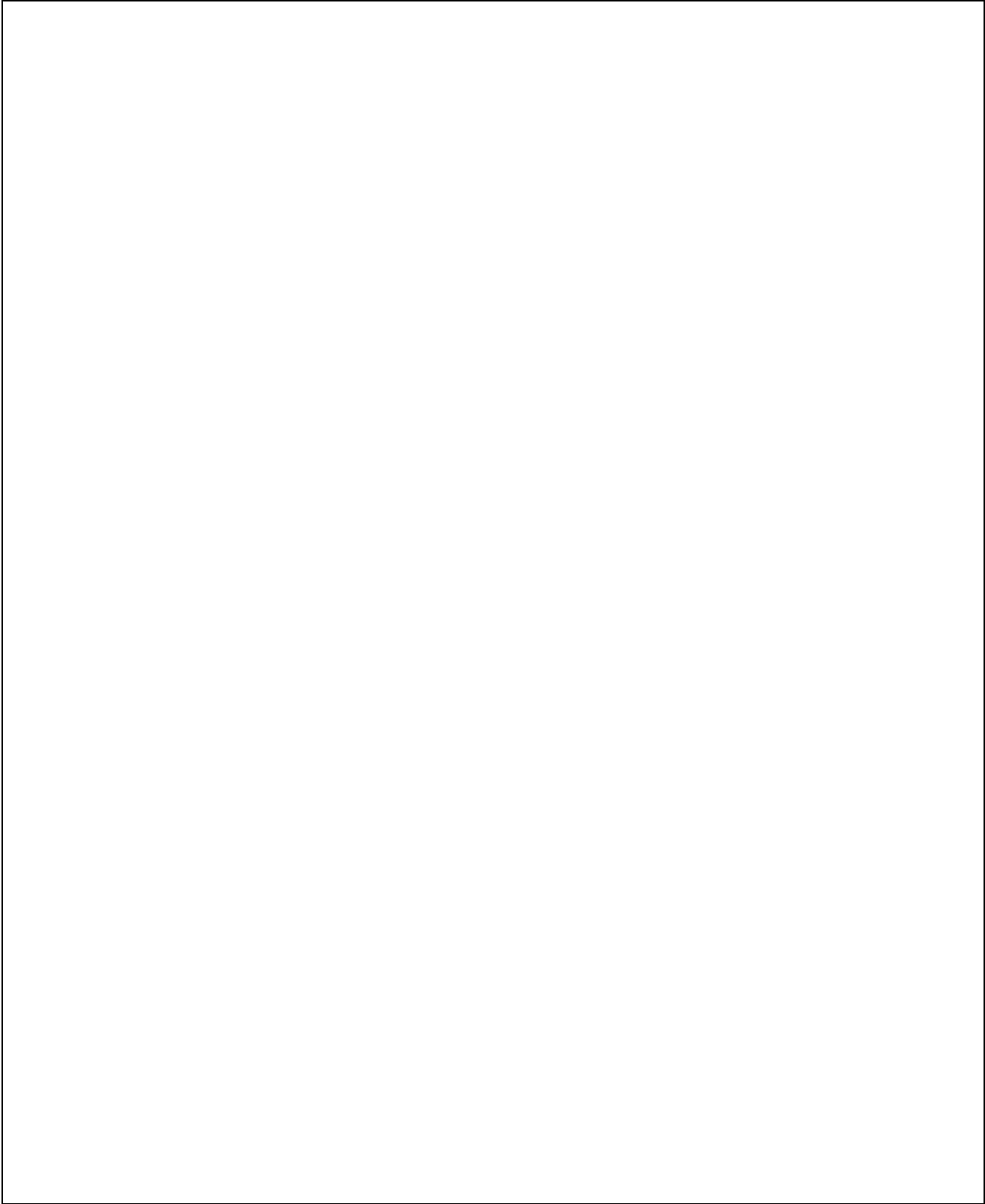
2.1 Justificación de la necesidad social detectada y de la cobertura pública o privada que existe para atender a las actividades realizadas por la entidad en cuanto a mujer e igualdad de género.



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





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

2.2. Descripción del contenido de las actividades de mujer e igualdad de género de la entidad :



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

2.3. Objetivos que se pretenden alcanzar con las actividades de mujer e igualdad de género:



INSTITUTO DE LA MUJER
Y PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

[illegible]



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

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

..... a de de 2018

Firmado Electronicamente.