**ANEXO II**

*(Buzón de destino nº:****A11030384****-Sección de Gestión de Convenios y Subvenciones;* ***A11030380.****- Unidad de Gestión de Programas Asistenciales)*

**FICHA DEL PROYECTO TMG**

**ENTIDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Marque con una cruz | **MODALIDAD** |
|  | Apoyo Residencial |
|  | Integración Laboral |
|  | Integración Social |
|  | Sensibilización a la Población y promoción de la imagen positiva de las personas con Trastorno Mental Grave |

|  |  |
| --- | --- |
| **FICHA PARA CUMPLIMENTAR PROYECTO**  *(No se valorará ningún programa o parte de él que no se presente conforme al presente modelo y exceda de 25 páginas em formato Gil Sans MT tamaño 11)* | |
| **Denominación del programa** |  |
| **Finalidad** |  |
| **Fundamentación** |  |
| **Ámbito geográfico** |  |
| **Objetivos** |  |
| **Procedimiento de intervención** |  |
| **Beneficiarios del proyecto** |  |
| **Temporalidad: calendario y horario. Estancia media.** |  |
| **Recursos Personales** |  |
| **Recursos Materiales** |  |
| **Seguimiento Usuarios** |  |
| **Descripción actividades** |  |
| **Descripción coordinación con recursos comunitarios** |  |
| **Continuidad del proyecto** |  |
| **Descripción de la evaluación del programa** |  |

Fdo.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(Firma de la persona que ostente la representación legal y sello de la entidad*