**ANEXO I**

**PREMIO *ANA AMALIA GONZÁLEZ A LA ACCIÓN EN LA SALUD DE LAS MUJERES.***

Don/ Dña. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

en calidad de Alcalde/Alcaldesa de la entidad local de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Considerando que la/ las candidatura/as reúnen los requisitos establecidos en la convocatoria del premio “*Ana Amalia González a la Acción en la Salud de las Mujeres*” de la Diputación de Almería, propone a:

**DATOS DE LA CANDIDATURA (1)**

* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:
* NIF:
* DIRECCIÓN POSTAL:
* LOCALIDAD:
* TLFNO: E-mail:

**Indique lo que proceda:**

* Entidad asociativa del Consejo Provincial de Mujeres: Si
* ONG con fines sociales en el ámbito de la salud: SI 
* Fines de la asociación según sus estatutos (en caso de ONG):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO:
	+ TITULO:
	+ FECHA DE INICIO:
	+ FECHA DE CONCLUSIÓN:

**DATOS DE LA CANDIDATURA (2)**

* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:
* NIF:
* DIRECCIÓN POSTAL:
* LOCALIDAD:
* TFNO: E-mail:

**Indique lo que proceda:**

* Entidad asociativa del Consejo Provincial de Mujeres: Si
* ONG con fines sociales en el ámbito de la salud: SI 
* Fines de la asociación según sus estatutos (en caso de ONG):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO:
	+ TITULO:
	+ FECHA DE INICIO:
	+ FECHA DE CONCLUSIÓN:

**DATOS DE LA CANDIDATURA (3)**

* NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:
* NIF:
* DIRECCIÓN POSTAL:
* LOCALIDAD:
* TLFNO: E-mail:

**Indique lo que proceda:**

* Entidad asociativa del Consejo Provincial de Mujeres: Si
* ONG con fines sociales en el ámbito de la salud: SI 
* Fines de la asociación según sus estatutos (en caso de ONG):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PROYECTO:
	+ TITULO:
	+ FECHA DE INICIO:
	+ FECHA CONCLUSIÓN:

**DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA LA SOLICITUD**

Anexo II. Declaración Responsable:

* candidatura 1 ………
* candidatura 2 ……...
* candidatura 3 ………

Memoria descriptiva del proyecto:

* candidatura 1 ………
* candidatura 2 ……...
* candidatura 3 ………

Documento justificación de méritos:

* candidatura 1 ………
* candidatura 2 ……...
* candidatura 3 ………

|  |
| --- |
| **Área de Bienestar Social Igualdad y Familia** |
| Delegación Especial de Igualdad y Familia |
| C/ Marín 1 - 04003 (Almería) |
| Tlf.: 950 211731 - mujer@dipalme.org |

EN ……………………………………… A…………… DE ………………………………..

Firmado Alcaldesa/Alcalde …………………………

|  |
| --- |
| **PROTECCIÓN DE DATOS** |
| De conformidad con la normativa de protección de datos personales, le informamos que los datos personales que se recogen en este formulario serán objeto de tratamiento en la actividad PREMIOS Y CONCURSOS responsabilidad de DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE ALMERÍA con la finalidad de GESTIÓNAR CONVOCATORIAS DE PREMIOS Y CONCURSOS QUE REALIZA LA DIPUTACIÓN DE ALMERÍA., en base a la legitimación deCONSENTIMIENTO. Más información sobre Protección de Datos personales en este enlace, en el apartado de privacidad de [www.dipalme.org](http://www.dipalme.org/) o bien en la oficina de información o dependencia donde realice su gestión. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación, siguiendo las indicaciones facilitadas, previa acreditación de su identidad. Con la firma de este formulario, confirmo que he sido informado y acepto el tratamiento de mis datos personales para la actividad PREMIOS Y CONCURSOS. |  |