

**FORMULARIO AE-II. PROGRAMA DE LA ACTIVIDAD**

D./Dña. \_\_\_\_\_, con D.N.I. nº \_\_\_\_\_, en calidad de \_\_\_\_\_, en nombre y representación de \_\_\_\_\_, con domicilio a efectos de notificaciones en \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, código postal \_\_\_\_\_, Localidad \_\_\_\_\_, isla de \_\_\_\_\_, teléfono \_\_\_\_\_, fax \_\_\_\_\_, correo electrónico \_\_\_\_\_, aporoto detalle del programa, según el contenido de la base novena que rige en la convocatoria, acompañado de Anexo ampliando el contenido del presente formulario SI/NO (marcar lo que proceda):      SI      NO

---

1.- Número potencial de personas pertenecientes a los colectivos de atención especial beneficiadas por el Programa:

---

2.- Número de técnicos con formación especializada en trabajo con personas con discapacidades, acreditados mediante copia de los títulos, diplomas, certificaciones formación especializada de los técnicos participantes en el proyecto.

---

3.- Duración del Proyecto. Días totales de actividad:

---

4.- Extensión territorial en Canarias del Programa (número de islas):

---

5.- Descripción de los criterios de atención especial beneficiados, en número mayor de dos, en su caso:

