

**FORMULARIO PARA LA PRESENTACIÓN DEL MICROPROYECTO (MP) EN PAISES EN DESAROLLO**

|  |  |
| --- | --- |
| **País** |  |
| **Diocesis** |  |
| **Ciudad/pueblo** |  |
| **Título del MP** |  |
| **Fecha entrega** |  |
| **Duración** |  |
| **Importe solicitado (en €)** |  |
| **Número de beneficiarios** |  |
| **Organizaciòn que propone el MP** |  |

SOLICITANTES Y RESPONSABLES DEL MP

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre Apellido(s)/Cargo** | **Dirección de correo electrónico** | **Teléfono fijo y movíl** | **Dirección de correo** |
| **Gerente legal de la Organización que propone el MP** |  |  |  |  |
| **Responsable operacional**  **de la realización del MP** |  |  |  |  |
| **Intermediario**  **(cuando exista)**  *Órganismo, asociación u otra entidad que actúe como enlace. No se cubren los gastos efectuados por el enlace.* |  |  |  |  |
| **Visto bueno del Obispo**  *Es necesario que el Obispo de la Diócesis donde se realice el MP apruebe formalmente el MP .*  *El documento formale de aprobaciòn del Obispo de MP, sellado y firmado o entrega de una carta que indique el título del MP.* | | | | |

**ORÍGEN Y JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITACIÓN DEL MP**

*Descripción de las condiciones de la población, especialmente del sector de intervención del MP de desarrollo solicitado y, si posible, descripción de los criterios de evaluación asumidos que han permitido considerar al MP solicitado como viable y prioritario.*

*Descripción de la forma de participación de la comunidad local en la elaboración del MP solicitado y de las ventajas que éste aportaría después de su realización.*

**OBJECTIVO GENERAL Y OBJECTIVOS ESPECÍFICOS DEL MP**

**ACTIVIDADES ESPECÍFICAS PREVISTAS DEL MP**

*Descripción de las actividades previstas para el cumplimiento de cada resultado, especificando también la metodología de realización.*

**BENEFICIARIOS DIRECTOS E INDIRECTOS DEL MP**

*Identificación y cuantificación de los beneficiarios del MP.*

**SOSTENIBILIdad**

*Descripción de cómo se piensa asegurar la continuidad y la autosuficiencia del MP una vez finalizadas las actividades.*

**PLAN DE ACCIÓN**

*El MP deberá realizarse dentro de los 4 meses posteriores a la fecha de recepción de la financiación aprobada. Autorizaciones de modificación a cambios del MP debidos a retrasos o o imprevistos deberán ser oportunamente solicitados por escrito a Caritas Italiana.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACTIVIDAD** | **MES 1** | **MES 2** | **MES 3** | **MES 4** | **ANOTACIONES** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**PRESUPUESTO**

*Especificar la estimación de gastos por cada linea presupuestaria y adjuntar -si posible- la factura proforma. Precisar, si procede, los gastos para la compra de material fuera del país de realización del MP, especificando las razones de dicha elección. Especificar, si procede, solamente aquellos medicamentos incluidos en el vademécum de la Organización Mundial de la Salud. Especificar la aportación de la comunidad local y/o de la organización intermediaria. La aportación local puede ser el resultado de una valoración de materiales locales ya disponibles, el empleo de mano de obra, el uso de instalaciones locales. Especificar aparte -fuera del presupuesto- eventuales co-financiaciones precedentes de otras entidades locales y no: diócesis, parroquias, congregaciones, otras entidades. Especificar la aportación solicitada en moneda local y Euro.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RUBROS Y PARTIDAS DE GASTOS** | **COSTE** | **APORTACIÓN LOCAL** | **SUBVENCIÓN SOLICITADA**  **(max 5.000,00 €)** | **Anotaciones** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |
| Facturas proforma adjuntas |  | | | |

***Tasa de cambio moneda local – Euro: …………... fecha de la tasa de cambio: ……………………***

DATOS BANCARIOS (para ser compilado completamente)

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del banco** |  |
| **Dirección del banco** |  |
| **Titular de la cuenta y Dirección** *(no pueden aceptarse cuenta bancaria a nombre de personas fisicas)* |  |
| **Número de cuenta** |  |
| **IBAN** |  |
| **Moneda de la cuenta** |  |
| **Código SWIFT** |  |
| **Otra información** |  |
| (*Eventual*) **Banco intermediario**  Titular,n° cuenta, SWIFT.... |  |

Fecha Firma Responsable

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