CIUDAD AUTÓNOMA DE MELILLA
Consejería de Bienestar Social y Sanidad

ANEXO II

Dirigido a: **la Consejería de Bienestar Social y Sanidad**

MEMORIA DE PROGRAMAS/PROYECTOS

I.-DATOS GENERALES			
Nombre o razón social de la Entidad:			
N.I.F.:	**Siglas:**	**Domicilio:**	
		C.P.:	**Localidad:**
Ámbito:	**Correo electrónico:**	**Tlfno.:**	**Fax:**
I. 1.- Datos del representante legal o apoderado			
Nombre y Apellidos:			
Cargo:		**D.N.I.**	
II.-DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA/PROYECTO			
III.-DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA/PROYECTO			
IV.-ACTIVIDADES QUE INCLUYE EL PROGRAMA/PROYECTO			