**ANEXO II: CERTIFICADO DE LA SECRETARÍA REFERIDO A LOS REQUISITOS DE LAS ENTIDADES PARA ACCEDER A LA LÍNEA 5 Y LOS MEDIOS DE DIFUSIÓN A UTILIZAR**

|  |  |
| --- | --- |
| 3D rendering illustration Cartoon minimal pencil on clipboard checklist note paper management check. notepad icon. working plan to success. Business time document marking task. | **Información importante para la cumplimentación de este Anexo I*** Este Anexo es válido para las entidades que presenten solicitud para la línea 5.
* Está elaborado para comprobar de manera sencilla los requisitos exigidos.
* Recoge la información necesaria para la valoración de los criterios de puntuación.
 |

Dña./D. ............................................................................................................................. con DNI ..................................... en calidad de Secretaria/o de (nombre de la entidad) ...................................................................., con NIF ……………… certifica y declara bajo su responsabilidad que toda la información que consta en este Anexo es cierta y, por tanto, la entidad cumple los requisitos generales y específicos para ser beneficiaria de la Línea 5.

**Año de constitución**

|  |
| --- |
|  |

**Sede de Tenerife**

*En caso de que, según sus estatutos, el domicilio social de la entidad no se encuentre en la isla de Tenerife, indicar la dirección de la sede en esta isla.*

|  |
| --- |
|  |

**Proyectos desarrollados durante el último año natural (2022) y personas beneficiarias**

*En este apartado la entidad deberá poner de manifiesto los proyectos que haya realizado en el último año natural (entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2022) relacionados con las siguientes materias: participación ciudadana, desarrollo comunitario, voluntariado, interculturalidad, defensa de los derechos de las personas migrantes, diversidad LGBTIQ+, promoción del pueblo gitano y defensa de sus derechos o defensa de los derechos de personas que tengan discapacidad, trastorno, enfermedad o patología reconocida por el Sistema Nacional de Salud. Deberán incorporar tantas filas como sea necesario.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del proyecto** | **Objetivo general del proyecto** | **Actividades desarrolladas** | **Resultados obtenidos** | **Nº de personas beneficiarias** |
|  |  |  |  |  |
|  |  | . |  |  |

**Número de personas asociadas**

|  |
| --- |
|  |

Asimismo, certifico que los medios de difusión de la financiación recibida por el Cabildo Insular de Tenerife que se utilizarán, serán los siguientes:

| X | Exposición el cartel (Anexo XI) en la sede de la entidad (obligatorio) |
| --- | --- |
|  | Difusión en radio |
|  | Difusión en prensa y medios escritos |
|  | Difusión en redes sociales |
|  | Difusión en la página web de la entidad |
|  | Otros (indicar cuáles): |

En …………….………………..., a …… de ...................................... de 20......

|  |  |
| --- | --- |
| Firmado: Secretaria/o | VºBº Presidenta/e |