

## ANEXO I

### SOLICITUD DE AYUDA A LA COOPERACIÓN DERMATOLÓGICA

Convocatoria 2.014

**A.- datos de identificación de la entidad o persona solicitante***(rellenar un apartado sólo)*

- Entidad

Representante legal (apellidos, nombre)

Cargo

NIF de entidad

Domicilio

DP

Localidad

Teléfono

Email

Fax

País

- Particular: apellidos, nombre

Nacionalidad

DNI/Pasaporte nº

Profesión

Nº académico AEDV *(si procede)*

Función específica del solicitante en la intervención

Domicilio

DP

Localidad

Teléfono

Email

Fax

País

**B.- Nombre, nº académico y función específica en la intervención de otros académicos de la AEDV implicados en el Proyecto***(si procede)*

### **C.- Datos de la ayuda solicitada**

Título del proyecto o actividad

País o área geográfica

Fecha prevista de inicio

Fecha prevista de finalización

Coste total del proyecto

Importe solicitado de la SCAEDV(*en euros*)

### **D.- Documentación anexa acreditativa**

Fotocopia DNI

Acreditación ONG (especificar)

**Lugar, fecha y firma:**

**Firmado:**