**ANEXO II**

**INFORME SOBRE REALIZACIÓN DE UNIDADES FORMATIVAS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA PARA MAYORES 2020**

**1 .DATOS DEL PROGRAMA:**

PROGRAMA PROVINCIAL DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA 2020

DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE TOLEDO

**2.-DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA ENTIDAD LOCAL SOLICITANTE:**

Nombre de la Entidad Local\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.I.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del representante legal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio de la Entidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

La Entidad Local referida en la cabecera se ha adherido al Programa Provincial de ESTIMULACIÓN COGNITIVA Y ENTRENAMIENTO DE LA MEMORIA 2020. En virtud de ello, la Diputación Provincial concedió la realización \_\_\_\_ (nº) unidades formativas que se han desarrollado en este municipio según se detalla a continuación:

1. DENOMINACIÓN DE LA UNIDAD FORMATIVA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
	1. FECHAS DE DESARROLLO DE ACTUACIONES…………………………………………
	2. PROFESIONALES ACTUANTES……………………………………………………………….
	3. Nº DE PARTICIPANTES…………. (MUJERES…………..HOMBRES……………)
	4. INCIDENCIAS SURGIDAS……………………………………………………………………….
	5. SUGERENCIAS Y OBSERVACIONES DE INTERÉS……………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………..……….

En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

*Firma y sello*

*Fdo.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE TOLEDO.