**ANEXO II**

**MEMORIA TÉCNICA DEL “PROGRAMA INSULAR DE APOYO ESCOLAR A NIÑOS, NIÑAS Y JÓVENES” DEL MUNICIPIO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**1. DATOS DEL PROYECTO, ACCIÓN O ACTIVIDAD**

|  |
| --- |
| Persona responsable y/o persona de contacto de la Corporación Local:  Nombre y apellidos:  Contacto (número de teléfono y correo electrónico): |

**2. FECHA DE INICIO Y FINALIZACIÓN** *(señalar en cada caso, día/mes/año. Las semanas de ejecución han de ser consecutivas, con la salvedad de los posibles periodos vacacionales escolares, y ser un mínimo de diez semanas)*

|  |  |
| --- | --- |
| \_ / \_ / \_ | \_ / \_ / \_ |

**3. MOTIVACIÓN, DATOS DE LOS CENTROS EDUCATIVOS DEL MUNICIPIO, DESARROLLO DEL PROGRAMA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Necesidades detectadas en el municipio a nivel escolar y socioeconómico que justifiquen la necesidad de desarrollar este Programa de Apoyo Escolar: | *(Contextualizar, explicando las necesidades detectadas a nivel escolar y social que se pretenden abordar con el desarrollo de este Programa de Apoyo Escolar)* | |
| 1. Especificar el número de Centros de Educación Primaria/Secundaria y/o que imparten ambos niveles de Educación obligatoria registrados en el Municipio y sostenidos con fondos públicos. | Número de Centros de Ed. Primaria: | |
| Número de Centros de Ed. Secundaria: | |
| Número de Centros que imparten ambas etapas formativas:  Número de Centros que imparten Bachillerato: | |
| 1. Especificar si se opta por la zonificación por contar con un número mayor de 40 centros educativos en el municipio. | No se zonificará: | Sí se zonificará: |
| Especificar cuantas zonas se establecen, detallando y nombrando los centros que se atenderán en cada una de ellas. Se deberá atender a un mínimo de 12 distritos/zonas/agrupación de centros escolares. Asimismo, se atenderá a un mínimo de tres centros por distritos/zonas/agrupación de centros escolares. | |
| Especificar los criterios utilizados para la *zonificación (Debiendo establecer preferencias de acceso al servicio según necesidades socioeconómicas de las zonas municipales):* | |
| 1. Lugares de realización del Programa de Apoyo Escolar en el municipio. | Se realizará en los centros educativos (especificarlos): | |
| Se realizará en dependencias municipales (especificarlas): | |
| Se realizará en centros educativos y dependencias municipales según zonas y necesidades del municipio (especificarlos): | |
| 1. Se prevé cuantía destinada a sufragar el traslado del alumnado en base a las características socioeconómicas y geográficas del municipio | Sí (detallar recorrido): | |
| No: | |
| 1. Disposición de los centros educativos a colaborar en la selección del alumnado y en la comunicación de las necesidades de apoyo de los mismos | Especificar los centros educativos que estiman o desestiman colaborar/participar directamente en el Programa Insular de Apoyo Escolar: | |

**4. DESARROLLO DEL PROGRAMA DE APOYO ESCOLAR Y CONFORMACIÓN DE LOS EQUIPOS DOCENES DE APOYO ESCOLAR:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Objetivos generales y específicos previstos** adicionales al establecido de manera general: *“Atender al alumnado que se encuentre en los niveles de Educación Obligatoria y Bachillerato del municipio, que requiera refuerzo adicional, para la recuperación”,* si los hubiera. | Enumerar y clasificar: | |
| **B) Previsión conformación del/los Equipo/s Docente/s de Apoyo Escolar**  **Especifique el número de Equipos de Apoyo Escolar** que se conformarán:  Uno:  Varios (especifique número): | | -Número de titulados/as en Magisterio de las distintas especialidades, para impartir Apoyo a Educación Primaria requeridos:  -Número de horas a la semana de clases de apoyo que se prevé impartirá cada docente:  -Especifique el/los centros educativos asignados a cada uno/a: |
| -Número de titulados/as superior, perteneciente al ámbito científico/matemático requeridos:  -Número de horas a la semana de clases de apoyo que se prevé impartirá cada docente:  -Especifique el/los centros educativos asignados a cada uno/a: |
| - Número de titulados/as superior, perteneciente al ámbito lingüístico requeridos:  -Número de horas a la semana de clases de apoyo que se prevé impartirá cada docente:  -Especifique el/los centros educativos asignados a cada uno/a: |
| 1. **Planificación de la coordinación y supervisión del cumplimiento del Programa:**   *(Correrá a cargo del o los técnicos municipales encargados del proyecto).* | | *Detallar cómo se realizará la coordinación y supervisión (reuniones periódicas, recepción de listados de asistencia de alumnos, constancia de incidencias, evolución del alumnado, etc.)* |

**5. TEMPORALIZACIÓN/CRONOGRAMA** *(Especificar con la mayor exactitud posible días de la semana, horas de realización, lugar desarrollo del Programa de Apoyo Escolar dado por cada Equipo de Apoyo Escolar relativo a cada centro/zona/agrupación de centros que se conforme.)*

|  |
| --- |
|  |

**6. PRESUPUESTO TOTAL ESTIMADO DESGLOSADO POR ORIGEN DE FINANCIACIÓN Y POR CONCEPTO DEL GASTO***(Desglose el presupuesto de cada docente por horas y número de horas totales que realizará. Desglose* *por semanas, si se va a destinar una parte de los gastos al transporte del alumnado)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Conceptos: Gastos Corrientes** | **Cuantía Solicitada** | **Otras Subvenciones** | **Financiación propia** | **Coste total** |
|  |  |  |  | 0,00€ |
|  |  |  |  | 0,00€ |
|  |  |  |  | 0,00€ |
|  |  |  |  | 0,00€ |
|  |  |  |  | 0,00€ |
|  |  |  |  | 0,00€ |
|  |  |  |  | 0,00€ |
|  |  |  |  | 0,00€ |
|  |  |  |  | 0,00€ |
| **Total gastos corrientes** | 0,00€ | 0,00€ | 0,00€ | 0,00€ |

**7. ACCIONES PREVISTAS PARA LA DIFUSIÓN DEL PROGRAMA** *(Especificar métodos de difusión y nombrar los canales previstos para ello.)*

|  |
| --- |
|  |

**8. ACCIONES PREVISTAS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA CON LOS CENTROS EDUCATIVOS ADSCRITOS (Especificar métodos de evaluación, especificando la recogida de datos cuantitativa y cualitativamente)**

|  |
| --- |
| 8.1 Cuantitativo (Especifique el método para cuantificar la asistencia del alumnado, el número de centros adscritos, el número de horas impartidas, etc.)  8.2 Cualitativo (Especifique el método a utilizar para recoger la opinión de los centros educativos adscritos) |

**Don/Doña:……………………………………………………………….., representante legal del Ayuntamiento de ……………………………………………………. declara la veracidad de todos los datos obrantes en este Anexo.**

En…………………………………, a fecha de la firma electrónica.

VºBº

Firmado:

(Persona responsable del proyecto)  **El/La Alcalde/sa-Presidente/a**

***(Firma electrónica) (O persona en quien delegue)***

***(Firma electrónica)***

***(Sello del ayuntamiento)***