V

Datos de elaboración (I.A.P.)

Nombre de quien entrega

Firma

Datos de recepción (JAPEM)

Firma

Nombre de quien recibe

Fecha de recepción

13.-Situación jurídica del inmueble que ocupa la I.A.P. (Vigente):

11.-Donataria autorizada vigente:

9.- Actividad asistencial:

12.- Fecha y número de acta protocolizada que acredite su patronato vigente:

10.-Número de personas beneficiadas:

8.- Fecha de certificación (vigente 2016-2017 según sea el caso)

7.- Fecha de constitución como I.A.P.:

6.- Número de registro ante la I.A.P.:

5.- Domicilio y teléfono de la I.A.P.:

4.- Nombre, teléfono y correo-e del representante legal:

**“FORTALECIMIENTO DE LAS INSTITUCIONES DE ASISTENCIA PRIVADA DEL ESTADO DE MÉXICO”**

2.- Nombre del proyecto (como lo marca la convocatoria):

3.- Nombre de la I.A.P.:

Médico

Desarrollo social

Niñas, Niños y Adolescentes

Ancianos

Personas con discapacidad

Solicitud de apoyo

PROGRAMA DE ACCIONES PARA EL DESARROLLO

1.-Rubro

Educación