**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:**