**ANEXO II A**

**MEMORIA EXPLICATIVA DE LA ENTIDAD**

Indicaciones de cumplimentación:

* Cumplimentar en letra Arial 10 interlineado sencillo.
* Denominación de este anexo para enviarlo como documento adjunto a la solicitud por sede electrónica: AII-A (nombre o acrónimo entidad) 2025.

**Datos de identificación de la Entidad Solicitante.**

**1. Nombre de la entidad.**

**CIF:**

**2. Miembros de la Junta Directiva.** *(Se debe acompañar de copia del acta de la reunión de la junta directiva donde figure el nombramiento)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cargo** | **Nombre** | **Fecha nombramiento** | **Fecha fin mandato** | **Modo de elección** |
|  |  |  |  |  |

**3. Fines de la entidad (según estatutos).**

**4. Colectivos a los que dirige sus actuaciones.**

**5. Fecha de constitución legal.**

**6. Fecha de declaración de utilidad pública (si procede).**

*(Se debe acompañar de copia de la resolución de reconocimiento)*

**7. Total de ingresos de la entidad durante 2024[[1]](#footnote-1)** (*Especificar también, en su caso, los de la/s entidad/es ejecutante/s en el caso de Federaciones y Confederaciones).*

|  |  |
| --- | --- |
| **Financiación propia**  | € |
| **Subvenciones recibidas** | € |
| **Otras fuentes de financiación** | €  |

**8. Recursos humanos con los que cuenta la entidad**1(*referidos al ejercicio anterior) (Especificar también, en su caso, los de la/s entidad/es ejecutantes en el caso de federaciones y confederaciones).*

|  |  |
| --- | --- |
| **Personal retribuido** |  |
| **Personal voluntario** |  |

**9. Implantación de las actuaciones y programas realizados por la entidad y recursos humanos con los que cuenta** *(referidos al ejercicio anterior).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Comunidad Autónoma** | **Sedes o locales de la entidad**(señalar con una cruz) | **Intervenciones de prevención y apoyo VIH** |
| **Señalar con una cruz las CCAA que corresponda** | **Personal contratado[[2]](#footnote-2)**(indicar nº) | **Personal voluntario2**(indicar nº) |
| **Andalucía** |  |  |  |  |
| **Aragón** |  |  |  |  |
| **Asturias** |  |  |  |  |
| **Baleares** |  |  |  |  |
| **Canarias** |  |  |  |  |
| **Cantabria** |  |  |  |  |
| **Castilla-La Mancha** |  |  |  |  |
| **Castilla y León** |  |  |  |  |
| **Cataluña** |  |  |  |  |
| **Extremadura** |  |  |  |  |
| **Galicia** |  |  |  |  |
| **Madrid** |  |  |  |  |
| **Murcia** |  |  |  |  |
| **Navarra** |  |  |  |  |
| **País Vasco** |  |  |  |  |
| **La Rioja** |  |  |  |  |
| **C. Valenciana** |  |  |  |  |
| **Ceuta** |  |  |  |  |
| **Melilla** |  |  |  |  |

**10. Listado de proyectos[[3]](#footnote-3) relacionados con la prevención y el apoyo a personas con infección por el VIH que está desarrollando la entidad.** (Indicar el nombre y lugar de ejecución).

**Don/Doña.......................................................................... como representante legal de la entidad solicitante, certifica la veracidad de todos los datos obrantes en el presente anexo.**

**Firma electrónica del representante legal**

1. El dato se refiere a proyectos ejecutados exclusivamente en España. [↑](#footnote-ref-1)
2. Incluidos en su caso los de las entidades ejecutantes [↑](#footnote-ref-2)
3. El dato se refiere a proyectos ejecutados exclusivamente en España, en los dos últimos años. [↑](#footnote-ref-3)