

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)*

--	--

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

<p>A) Necesidades detectadas en el municipio a nivel escolar y socioeconómico que justifiquen la necesidad de desarrollar este Programa de Apoyo Escolar:</p>	<p><i>(Contextualizar, explicando las necesidades detectadas a nivel escolar y social que se pretenden abordar con el desarrollo de este Programa de Apoyo Escolar)</i></p>	
<p>B) 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.</p>	Número de Centros de Ed. Primaria:	
	Número de Centros de Ed. Secundaria:	
	Número de Centros que imparten ambas etapas formativas:	
<p>C) Especificar si se opta por la zonificación por contar con un número mayor de 40 centros educativos en el municipio.</p>	No se zonificará:	Sí se zonificará:
	<p>Especificar cuantas zonas se establecen, detallando y nombrando los centros que se atenderán en cada una de ellas <i>(se debe atender a un mínimo de 10 centros por zona)</i>.</p>	
<p>Especificar los criterios utilizados para la zonificación <i>(Debiendo establecer preferencias de acceso al servicio según necesidades socioeconómicas de las zonas municipales)</i>:</p>		

D) 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):
E) Se prevé cuantía destinada a sufragar el traslado del alumnado en base a las características socioeconómicas y geográficas del municipio	Sí (detallar recorrido):
	No:
F) 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:

A) Objetivos generales y específicos previstos adicionales al establecido de manera general: <i>“Atender al alumnado que se encuentre en los niveles de Educación Obligatoria, tanto de Educación Primaria como de Secundaria, del municipio, que requiera refuerzo adicional, para la recuperación de los contenidos no dados en el tercer trimestre del curso escolar 2019/2020”</i> si los hubiera:	Enumerar y clasificar:
B) Previsión conformación del/los Equipo/s Docente/s de Apoyo Escolar según requisitos mínimos establecidos en la Base Tercera de la Convocatoria: <i>(Cada docente realizará un mínimo de 2 horas de</i>	-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:

<p><i>refuerzo semanal por centro/distrito/zona con un máximo de 25 horas semanales, con una ratio máxima de 12 alumnos/as por sesión)</i></p> <p>Especifique el número de Equipos de Apoyo Escolar que se conformarán:</p> <p>Uno: Varios (especifique número):</p>	<p>-Especifique el/los centros educativos asignados a cada uno/a:</p>
	<p>-Número de titulados/as superior, perteneciente al ámbito científico/matemático requeridos:</p> <p>-Número de horas a la semana de clases de apoyo que se prevé impartirá cada docente:</p> <p>-Especifique el/los centros educativos asignados a cada uno/a:</p>
	<p>- Número de titulados/as superior, perteneciente al ámbito lingüístico requeridos:</p> <p>-Número de horas a la semana de clases de apoyo que se prevé impartirá cada docente:</p> <p>-Especifique el/los centros educativos asignados a cada uno/a:</p>
<p>C) Planificación de la coordinación y supervisión del cumplimiento del Programa: <i>(Correrá a cargo del o los técnicos municipales encargados del proyecto).</i></p>	<p><i>Detallar cómo se realizará la coordinación y supervisión (reuniones periódicas, recepción de listados de asistencia de alumnos, constancia de incidencias, evolución del alumnado, etc.)</i></p>

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..... de.....de 2020.

Firmado:
(Persona responsable del proyecto)

VºBº
El/La Alcalde/sa-Presidente/a
(O persona en quien delegue)
(Sello del ayuntamiento)