|  |  |
| --- | --- |
| **Comité Olímpico Nacional** |  |

**IMPORTANTE: Envíe este formulario debidamente cumplimentado a Solidaridad Olímpica en los dos meses siguientes a la conclusión del proyecto.**

atleta beneficiario/a

**Datos personales**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido(s) |  | Nombre |  |
| Fecha de nacimiento |  | Nacionalidad |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Sexo |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Deporte Olímpico |  | Correo electrónico |  |
| Teléfono |  |
| Cuentas de redes sociales |  |

Actividades

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N.º | Proyecto de formación | Fechas (dd/mm/aaaa) | | Lugar | Gastos  (en USD) |
| Desde | Hasta |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Describa el objetivo, la cronología y los resultados del proyecto. |
|  |

|  |
| --- |
| ¿Cuáles fueron los beneficios inmediatos del proyecto? ¿Qué beneficios se prevén a largo plazo? |
|  |
| ¿Cuál es su plan de acción tras la conclusión del proyecto? |
|  |
| Comentarios / recomendaciones / información adicional: |
|  |

Documentos adjuntos necesarios

|  |  |
| --- | --- |
| Informe financiero |  |
| Certificado obtenido (diploma, certificado, carta de recomendación, etc.) |  |

**atleta beneficiario(A)**

El abajo firmante certifica la exactitud de la información facilitada:

Nombre y firma: Fecha:

**Comité olímpico nacional**

El abajo firmante, presidente/secretario general, en nombre del CON de , certifico la exactitud de la información facilitada.

Sello

Nombre, cargo (presidente o secretario general) y firma: Fecha: