



ANEXO C.III

ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO PERSONALIZADO

INICIO DE PROYECTO

ENTIDAD

PROVINCIA

DE _____

D/D^a _____

_____ EN CALIDAD DE TITULAR DE LA SECRETARÍA/INTERVENCIÓN

CERTIFICA:

Que la Acción de Acompañamiento Personalizado concedida a esta Entidad y cuya realización se llevará a cabo en colaboración con la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, conforme a la Orden de ___ de _____ de 20__ (DOCM nº ___ de fecha ___/___/200_), se ha iniciado con fecha _____ de _____ de _____.

En _____ a _____ de _____ de 20__

Fdo.: