

MÓDULO PROFESIONAL DE FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO

PROGRAMA FORMATIVO

ANEXO II

CENTRO EDUCATIVO _____ PROFESOR/A-TUTOR/A: _____ CENTRO DE TRABAJO: _____ LOCALIDAD: _____ RESPONSABLE DE LA FCT: _____ _____ de 20__ al ____ de _____ de 20__ Número de Convenio: _____ <u>NOMBRE Y APELLIDOS DEL/LA ALUMNO/A</u>	CÓDIGO: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>									HOJA N°: PERIODO: Del ____ de _____
FAMILIA PROFESIONAL: _____ CICLO FORMATIVO: _____ ÁREA O DEPARTAMENTO DEL CENTRO DE TRABAJO _____ TIEMPO: _____ Horas: _____										

ACTIVIDADES FORMATIVO-PRODUCTIVAS	ACTIVIDADES DE EVALUACIÓN	CAPACIDADES TERMINALES INVOLUCRADAS

(*) Cumplimentar en la última hoja del programa formativo

(*) EL/LA PROFESOR/A-TUTOR/A FECHA ____/____/20__

(*) EL/LA RESPONSABLE DEL C. DE TRABAJO

(*) Vº Bº INSPECCIÓN