



FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO

Certificación de prácticas

Anexo
CP
(Detalles)

Centro Educativo	Tipo de Centro: Público Concertado:	Código:	Curso Académico: 200__ / 200__
Enseñanza: Ciclo Formativo F.P.E.	Familia Profesional / Ciclo:		

Apellidos y Nombre	DNI	Núm. Horas	Núm. Jornadas	(1) Ayudas					
				Modalidad A		Modalidad B		Modalidad C	
				Continua	Partida	Continua	Partida	Continua	Partida
TOTALES									

<p>El/La Jefe/a de Departamento de Familia Profesional</p> <p>Fdo. _____</p>	<p>(1) En caso de no tener solicitada ayuda por desplazamiento déjese en blanco este apartado, en caso contrario, señálese con una cruz en la modalidad y tipo de jornada de mayor número de horas, teniendo en cuenta que: Modalidad A: Misma Localidad, desde 5 Km.. Modalidad B: Distinta Localidad y hasta 20 Km. Modalidad C: Distinta Localidad y mas de 20 Km.</p>
--	--



FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO Certificación de prácticas

**Anexo
CP**
(Totales)

Centro Educativo	Tipo de Centro: Público Concertado:	Código:	Curso Académico 200__ / 200__
------------------	---	---------	----------------------------------

DNI	Núm. Horas	Núm. Jornadas	Ayudas					
			Modalidad A		Modalidad B		Modalidad C	
			Continua	Partida	Continua	Partida	Continua	Partida

TOTALES									
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

D./D^a _____ como Secretario/a del Centro Educativo certifico las horas y jornadas de prácticas correspondientes al módulo profesional de FORMACION EN CENTROS DE TRABAJO realizadas durante el presente curso escolar por el alumnado indicado en la relación detallada del Anexo II.

_____ , _____ de _____ de 200_

Vº Bº El/La Directora/a.

El /La Secretario/a.

Fdo. _____

Fdo. _____