ANEXO IV: PLAN DE FORMACIÓN

Centro educativo: *(nombre y código de centro)*		**Curso:**	
Ciclo formativo/Curso de especialización:		**Anexo al convenio nº:**	

DATOS DEL ALUMNO/A:			
Nombre y apellidos:		**DNI:**	
Requiere medidas/adaptaciones extraordinarias por discapacidad: *(marcar "Sí" o "No" y en caso afirmativo especificar)*		**Correo electrónico:**	
		Teléfono:	

DATOS DEL TUTOR/A DUAL DEL CENTRO DOCENTE:			
Nombre y apellidos:	**DNI:**	**Correo electrónico:**	**Teléfono:**

DATOS DE LOS TUTORES DUALES DE LAS EMPRESAS U ORGANISMOS EQUIPARADOS QUE INTERVIENEN EN LA FORMACIÓN DEL ALUMNADO:			
Nombre de la empresa u organismo equiparado:	**Nombre y apellidos del tutor/a dual de la empresa u organismo equiparado:**	**Teléfono:**	**Correo electrónico:**

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de una copia de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	MARIA DE LOS ANGELES RODRIGUEZ PERALTA	FECHA	26/06/2024
VERIFICACIÓN	Pk2jmYJ5LYRWWV27H594PYZK3SMZ5M	PÁGINA	238/243

PERÍODOS DE FORMACIÓN EN EMPRESA:							
Régimen al que se acoge el alumno/a: *(indicar: general o intensivo)*							
Período:	**Nombre de la empresa:**	**CIF de la empresa:**	**Beca:** *(Marcar "Sí" o "No")*	**Cuantía de beca:** *(Rellenar en caso de marcar "Sí")*	**Fecha de inicio:**	**Fecha de fin:**	**Horario:**
(Período 1)							
(Período 2)							
…							
…							
TOTAL DE HORAS EN EMPRESA: *(Sumatorio de horas en empresa)*							
Requiere autorización extraordinaria: En caso afirmativo se deberá tramitar con la Dirección General de Formación Profesional según procedimiento establecido para ello. (Marcar "Sí" o "No")							

DISTRIBUCIÓN DE LOS RESULTADOS DE APRENDIZAJE Y DE LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN:						
Código del módulo profesional:	**Nombre del módulo profesional:**	**Resultados de aprendizaje:**	**Criterios de evaluación:**	**Horas en el centro educativo:** *(Indicar el número de horas)*	**Horas en la empresa u organismo equiparado:** *(Indicar el número de horas)*	**Empresas u organismos en los que se trabaja el Resultado de aprendizaje/Criterio de evaluación:**

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de una copia de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	MARIA DE LOS ANGELES RODRIGUEZ PERALTA	FECHA	26/06/2024
VERIFICACIÓN	Pk2jmYJ5LYRWWV27H594PYZK3SMZ5M	PÁGINA	239/243

FORMACIÓN ESPECÍFICA Y NO VINCULADA AL CURRÍCULO:			
Nombre de la formación:	**Horas:**	**Responsable:** *(Marcar "centro educativo" o "empresa", en caso de indicar "empresa" indicar qué empresa)*	**Empresa colaboradora que se encarga de la formación específica:**

MECANISMOS DE SEGUIMIENTO:	
Nombre de las empresa:	**Descripción de las metodologías de seguimiento:**

Fdo: Tutor/a dual del centro docente

Fdo: Tutor/a dual de la empresa

Fdo: Alumno/a, y en su caso tutor/a o representante legal

Es copia auténtica de documento electrónico

Puede verificar la integridad de una copia de este documento mediante la lectura del código QR adjunto o mediante el acceso a la dirección https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma indicando el código de VERIFICACIÓN

FIRMADO POR	MARIA DE LOS ANGELES RODRIGUEZ PERALTA	FECHA	26/06/2024
VERIFICACIÓN	Pk2jmYJ5LYRWWV27H594PYZK3SMZ5M	PÁGINA	240/243