





MODELO ORIENTATIVO

ACUERDO PARA LA ACTIVIDAD FORMATIVA DEL CONTRATO DE FORMACIÓN EN ALTERNACIA

1. DATOS GENERALES

LA ACTIVIDAD FORMATIVA ESTARÁ DIRIGIDA A LA OBTENCIÓN DE Título de formación profesional (denominación) Certificado de profesionalidad (denominación) Certificación académica Acreditación parcial acumulab Formación complementaria		
DATOS DE LA EMPRESA Razón social en concepto de Correo electrónico de la empresa Horas m Empresa con menos de 5 trabajadores	Tf	no. empresa
DATOS DEL TRABAJADOR D. Dña. Reúne requisitos de acceso a la Formación de este contrato. Inscrito/a en el Sistema Nacional de Garantía Juvenil. Trabajador/a con dispacidad. Trabajador/a en situación de exclusión social en empresas de inser		Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)
DATOS DEL CONTRATO PARA LA FORMACIÓN Y EL APRENDIZAJE Identificador contrato n.º Fecha de fin Puesto de trabajo u ocupación Provincia del centro de trabajo Horas del contrato Convenio aplicable	o: Año 1.º Añ	

2. ACTIVIDAD FORMATIVA

2. A . Formación acreditable

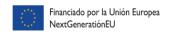
(La actividad formativa deberá contener como mínimo un Módulo Formativo completo)

	Título FP/CP/Módulos profesionales/Módulos formativos/Unidades formativas (todos «completos»)						
	Código	Denominación	N.º Horas	Modalidad (Presencial, Teleformación, Distancia')	Código de Centro educativo autorizado/ Código del Centro acreditado en Registro Estatal	Grado titulo/ Nivel CP	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

⁽En caso necesario, completar en hoja aparte)

Distancia, sólo para títulos o módulos de FP del Sistema Educativo).









2. B. Formación complementaria

	Especialidades formativas (completas)							
	Código	Denominación	N.º Horas	Modalidad (Presencial, Teleformación)	Código de Centro inscrito en Registro Estatal			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								

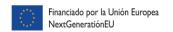
•	CAL	.ENDA	DIO	v	DIST	PIDID	NI
o.	UAL	ENUP	INIU	T	DIST	KIDU	רוע

4												
5												
6												
7		П										
8												
(En caso r	necesario, co	mpleta	ar en hoja aparte)									
=												
			RIBUCIÓN									
MODALI	DAD DE D	ESAR	ROLLO DE LA F	FORMACIÓ	N (Art. 3.1. R.	.D. 1529/2012	2)					
	a)		b)	d)	e)							
				N.	° DE HORAS D	E FORMACIÓ	N ANUALES					
					e Formación		cación émica/					
AÑOS	Min. %		Hasta		na/Certificado esionalidad	Acreditac	ión parcial ulable	complementaria		TOTAL		
1.0	25%	50% ((Garantia Juvenil)									
2.0	15%	25%	(Garantía Juvenil)									
3.°	15%	25% ((Garantia Juvenil)									
			DISTRIE	BUCIÓN DE	LA ACTIVIDAD	LABORAL Y	LA ACTIVIDA	AD FORMATIV	Α			
		ACT	IVIDAD LABORA	L				ACTIVIDAD I	FORMATIVA			
Fecha o inicio			Horas semanales de actividad laboral	Dias de la semana	Horario	Código formación	Fecha de inicio	Fecha de fin	Horas semanales de actividad formativa	Días de la semana	Horario	
Criterios	para la con	ciliació	ón de las vacacio	ones a las o	ue tiene dere	cho la persor	na trabajador	a en la empr	esa v de los p	eríodos no le	ctivos en e	
	formación					,	,		,			

Criterios para la conciliación de las vacaciones a las que tiene derecho la persona trabajadora en la empresa y de los períodos no le centro de formación:	ectivos en e

Cuando la modalidad de desarrollo de la formación dual sea alguna de las descritas en las letras b), c) o d), se adjuntará al presente anexo el contenido del programa de formación, con expresión de las actividades que se desarrollan en la empresa y en el centro formativo, profesorado y forma y criterios de evaluación







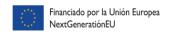


4. CENTROS IMPARTIDORES DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

DATOS DEL CENTRO DE FORMACIÓN		
Formación a impartir: Código Denominación		_
Centro Sistema Educativo Código de centro autorizado		
Centro Acreditado Código de centro en Registro Estatal de Centros de Formación	1	
Si la formación se imparte mediante teleformación, especificar código/s del/os Cent		
Nombre Centro	CIF/NIF/NIE	_
URL (Entidades de teleformación)		_
Dirección CP	Municipio	_
Provincia Teléfono		
D./Dña en concepto de		
Tutor/a del centro - D./Dña.	NIF/NIE	_
DATOS DEL CENTRO DE FORMACIÓN		
Formación a impartir: Código Denominación Centro Sistema Educativo Código de centro autorizado		_
Centro Sistema Educativo Codigo de centro autorizado Codigo de centro autorizado Codigo de centro en Registro Estatal de Centros de F		_
Si la formación se imparte mediante teleformación, especificar código/s del/os Centros		
Si la lottilación se imparte mediante teleformación, especifical codiguis delos centr	ios rieserciales virculados.	
Nombre Centro	CIE/NIE/NIE	
URL (Entidades de teleformación)	OII / NII / NIE	_
Dirección CP	Municipio	_
Provincia Teléfono	Correo electrónico	_
D./Dña en concepto de		
Tutor/a del centro - D./Dña.		
DATOS DEL CENTRO DE FORMACIÓN		
Formación a impartir: Código Denominación		_
Formación a impartir: Código Denominación Centro Sistema Educativo Código de centro autorizado		_
Formación a impartir: Código Denominación Centro Sistema Educativo Código de centro autorizado Centro Acreditado/Inscrito Código de centro en Registro Estatal de Centros de F	Formación	_
Formación a impartir: Código Denominación Centro Sistema Educativo Código de centro autorizado	Formación	_
Formación a impartir: Código Denominación Centro Sistema Educativo Código de centro autorizado Centro Acreditado/Inscrito Código de centro en Registro Estatal de Centros de F Si la formación se imparte mediante teleformación, especificar código/s del/os Centro	formación tros Presenciales vinculados:	_
Formación a impartir: Código Denominación Centro Sistema Educativo Código de centro autorizado Centro Acreditado/Inscrito Código de centro en Registro Estatal de Centros de F Si la formación se imparte mediante teleformación, especificar código/s del/os Centro Nombre Centro	formación tros Presenciales vinculados:	_
Formación a impartir: Código	formación tros Presenciales vinculados: 	_
Formación a impartir: Código Denominación Centro Sistema Educativo Código de centro autorizado Centro Acreditado/Inscrito Código de centro en Registro Estatal de Centros de F Si la formación se imparte mediante teleformación, especificar código/s del/os Centro Nombre Centro URL (Entidades de teleformación) Dirección CP	cormación tros Presenciales vinculados: CIF/NIF/NIE Municipio	_
Formación a impartir: Código Denominación Centro Sistema Educativo Código de centro autorizado Centro Acreditado/Inscrito Código de centro en Registro Estatal de Centros de F Si la formación se imparte mediante teleformación, especificar código/s del/os Centro Nombre Centro URL (Entidades de teleformación) Dirección CP Provincia Teléfono	CIF/NIF/NIE Municipio Correo electrónico	-
Formación a impartir: Código	formación tros Presenciales vinculados: CIF/NIF/NIE Municipio Correo electrónico NIF/NIE	-
Formación a impartir: Código Denominación Centro Sistema Educativo Código de centro autorizado Centro Acreditado/Inscrito Código de centro en Registro Estatal de Centros de F Si la formación se imparte mediante teleformación, especificar código/s del/os Centro Nombre Centro URL (Entidades de teleformación) Dirección CP Provincia Teléfono	formación tros Presenciales vinculados: CIF/NIF/NIE Municipio Correo electrónico NIF/NIE	-
Formación a impartir: Código	formación tros Presenciales vinculados: CIF/NIF/NIE Municipio Correo electrónico NIF/NIE	-
Formación a impartir: Código	CIF/NIF/NIE Municipio Correo electrónico NIF/NIE NIF/NIE	<u>-</u>
Formación a impartir: Código	CIF/NIF/NIE Municipio Correo electrónico NIF/NIE NIF/NIE	<u>-</u>
Formación a impartir: Código	CIF/NIF/NIE Municipio Correo electrónico NIF/NIE NIF/NIE	<u>-</u>
Formación a impartir: Código	CIF/NIF/NIE Municipio Correo electrónico NIF/NIE NIF/NIE	<u>-</u>
Formación a impartir: Código	CIF/NIF/NIE Municipio Correo electrónico NIF/NIE NIF/NIE Ormación tros Presenciales vinculados:	<u>-</u>
Formación a impartir: Código	CIF/NIF/NIE Municipio Correo electrónico NIF/NIE NIF/NIE Ormación ros Presenciales vinculados:	
Formación a impartir: Código	CIF/NIF/NIE Municipio Correo electrónico NIF/NIE NIF/NIE Cormación tros Presenciales vinculados: CIF/NIF/NIE CIF/NIF/NIE	
Formación a impartir: Código	CIF/NIF/NIE Municipio Correo electrónico NIF/NIE NIF/NIE Ormación tros Presenciales vinculados: CIF/NIF/NIE Municipio Municipio Municipio	- - - - - - -
Formación a impartir: Código	CIF/NIF/NIE Municipio Correo electrónico NIF/NIE NIF/NIE Ormación tros Presenciales vinculados: CIF/NIF/NIE Municipio Municipio Municipio	- - - - - - -
Formación a impartir: Código	CIF/NIF/NIE Municipio Correo electrónico NIF/NIE NIF/NIE Cormación cros Presenciales vinculados: CIF/NIF/NIE Municipio COFFONIE Municipio COFFONIE Municipio COFFONIE Municipio	- - - - - - -

(En caso necesario, completar en hoja aparte)







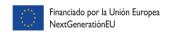




5. DATOS DECLARATIVOS Y SOLICITUD

Declaro que el centro de trabajo se	encuentra en:			
Declaro bajo mi responsabilidad que contrario las responsabilidades que	ue son ciertos los datos que		n el presente acuerdo	, asumiento en caso
Declaro conocer lo establecido en noviembre y demás normativas de solicitud.				
Autorizo al Servicio Público de Emp las bases de datos de laAdministra garantía de con.dencialidad y a los manifestando que quedo enterado de los mismos que pudiera produc	ción General del Estado y de exclusivos efectos de facilita de la obligación de informar	lasAdministraci r la veri.cación	ones de las Comunida de los datos consignad	des Autónomas, con dos en esta solicitud,
Declaro bajo mi responsabilidad, a persona trabajadora objeto del con				e noviembre, que la
Personas con discapacidad				
Inscrito en el Sistema Nacio	nal de Garantía Juvenil			
Colectivos en situación de e	xclusión social y que la empre	esa contratante	es una empresa de in	serción
Declaro bajo mi responsabilidad qu lo establecido en el art. 20 del R. D				
Acepto y doy mi conformidad	d con lo aquí declarado.			
Y solicito se dé curso a la presente ción y el aprendizaje» ante la autor			nación inherente al co	ntrato para la forma-
Identific	cación del solicitante (Emp	resa o Centro d	de Formación).	
Razón social —				
Representante D./Doña			NIF/NIE _	
En		a	de	de 20
		Firma y sello		
Datos a efectos de notificación				
Dirección ————————			C.P	
Provincia	Correo electrónico		Teléfono de contacto	o











6.FORMALIZACIÓN DEL ACUERDO

	ade	de 20
El/la representante legal del/de la menor, si procede	El/la representate de la empresa	El/los representante del/de los Centros de Formación
		_
		El/la representante legal El/la representate