

PER A ADJUNTAR PER TRIPLICAT A LA DOCUMENTACIÓ INICIAL *
 PARA ADJUNTAR POR TRIPLICADO A LA DOCUMENTACIÓN INICIAL

LOCALITAT / LOCALIDAD

NÚM. EXPEDIENT / Nº EXPEDIENTE

A DADES DEL PROGRAMA / DATOS DEL PROGRAMA

DENOMINACIÓ DEL PROGRAMA / DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA **

MODALITAT / MODALIDAD:

 PFQB ORDINÀRIA / PFCB ORDINARIA PFQB ADAPTADA / PFCB ADAPTADA

ENTITAT PROMOTORA / ENTIDAD PROMOTORA

CODI DE CENTRE / CÓDIGO DE CENTRO

COORDINADOR PROGRAMA

TELÈFON LOCALITZACIÓ / TELÉFONO LOCALIZACIÓN

CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

FAX

UBICACIÓ DEL PROGRAMA / UBICACIÓN DEL PROGRAMA

CLASSES TEÒRIQUES / CLASES TEÓRICAS

DOMICILI / DOMICILIO

LOCALITAT / LOCALIDAD

C.POSTAL

TELÈFON / TELÉFONO

FAX

CLASSES PRÀCTIQUES / CLASES PRÁCTICAS

DOMICILI / DOMICILIO

LOCALITAT / LOCALIDAD

C.POSTAL

TELÈFON / TELÉFONO

FAX

(ADJUNTEU PLÀNOL DE LA LOCALITAT I LA SITUACIÓ DE LES INSTAL·LACIONS)
 (ADJUNTAR PLANO DE LA LOCALIDAD CON LA SITUACIÓN DE LAS INSTALACIONES)

B DOCUMENTACIÓ INICIAL ADJUNTADA / DOCUMENTACIÓN INICIAL ADJUNTADA
(APARTAT 12 ORDE DE BASES / APARTADO 12 ORDEN DE BASES)

1. Assegurança d'accidents i de responsabilitat civil i rebut de pagament en els termes que indica l'apartat 16 de l'Orde 79/2014
Seguro de accidentes y de responsabilidad civil y recibo de pago en los términos que indica el apartado 16 de la Orden 79/2014
2. Certificat acreditatiu de minusvalidesa (si cal) i informe psicopedagògic / *Certificado acreditativo de minusvalía (si procede) e informe psicopedagógico.*
3. Documentació acreditativa de la titulació i/o experiència professional de l'equip docent / *Documentación acreditativa de la titulación y/o experiencia profesional del equipo docente.*
4. Fotocòpies compulsades d'aval bancari i de la corresponent carta de pagament de fiança (ST d'Hisenda). (Només per a entitats sense ànim de lucre que elegiren 40% de subvenció abans de la justificació).
Fotocopias compulsadas de aval bancario y de la correspondiente carta de pago de fianza (ST de Hacienda). (Solo para entidades sin ánimo de lucro que eligieron 40% de subvención previamente a la justificación).
5. Escrit notificació en què s'especifique que l'entitat sense ànim de lucre avança els diners, justificant la despesa abans del 7 de gener.
Escrito notificación en el que se especifique que la entidad sin ánimo de lucro anticipa el dinero, justificando el gasto antes del 7 de enero.
6. Fitxa d'estadística (annex V) / *Ficha de estadística (anexo V).*

_____, _____ d _____ de _____

El representant de l'entitat / El representante de la entidad

Firma: _____

* Presenteu còpies només del present ANNEX. No de la documentació adjunta. / *Presentar copias solo del presente ANEXO. No de la documentación adjunta.*

** Segons resolució d'aprovació / *Según resolución de aprobación.*

PER A ADJUNTAR PER TRIPLICAT A LA DOCUMENTACIÓ INICIAL *
 PARA ADJUNTAR POR TRIPLICADO A LA DOCUMENTACIÓN INICIAL

LOCALITAT / LOCALIDAD

NÚM. EXPEDIENT / Nº EXPEDIENTE

A DADES DEL PROGRAMA / DATOS DEL PROGRAMA

DENOMINACIÓ DEL PROGRAMA / DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA **

MODALITAT / MODALIDAD:

 PFQB ORDINÀRIA / PFCB ORDINARIA PFQB ADAPTADA / PFCB ADAPTADA

ENTITAT PROMOTORA / ENTIDAD PROMOTORA

CODI DE CENTRE / CÓDIGO DE CENTRO

COORDINADOR PROGRAMA

TELÈFON LOCALITZACIÓ / TELÉFONO LOCALIZACIÓN

CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

FAX

UBICACIÓ DEL PROGRAMA / UBICACIÓN DEL PROGRAMA

CLASSES TEÒRIQUES / CLASES TEÓRICAS

DOMICILI / DOMICILIO

LOCALITAT / LOCALIDAD

C.POSTAL

TELÈFON / TELÉFONO

FAX

CLASSES PRÀCTIQUES / CLASES PRÁCTICAS

DOMICILI / DOMICILIO

LOCALITAT / LOCALIDAD

C.POSTAL

TELÈFON / TELÉFONO

FAX

(ADJUNTEU PLÀNOL DE LA LOCALITAT I LA SITUACIÓ DE LES INSTAL·LACIONS)
 (ADJUNTAR PLANO DE LA LOCALIDAD CON LA SITUACIÓN DE LAS INSTALACIONES)

B DOCUMENTACIÓ INICIAL ADJUNTADA / DOCUMENTACIÓN INICIAL ADJUNTADA
(APARTAT 12 ORDE DE BASES / APARTADO 12 ORDEN DE BASES)

1. Assegurança d'accidents i de responsabilitat civil i rebut de pagament en els termes que indica l'apartat 16 de l'Orde 79/2014
Seguro de accidentes y de responsabilidad civil y recibo de pago en los términos que indica el apartado 16 de la Orden 79/2014
2. Certificat acreditatiu de minusvalidesa (si cal) i informe psicopedagògic / *Certificado acreditativo de minusvalía (si procede) e informe psicopedagógico.*
3. Documentació acreditativa de la titulació i/o experiència professional de l'equip docent / *Documentación acreditativa de la titulación y/o experiencia profesional del equipo docente.*
4. Fotocòpies compulsades d'aval bancari i de la corresponent carta de pagament de fiança (ST d'Hisenda). (Només per a entitats sense ànim de lucre que elegiren 40% de subvenció abans de la justificació).
Fotocopias compulsadas de aval bancario y de la correspondiente carta de pago de fianza (ST de Hacienda). (Solo para entidades sin ánimo de lucro que eligieron 40% de subvención previamente a la justificación).
5. Escrit notificació en què s'especifique que l'entitat sense ànim de lucre avança els diners, justificant la despesa abans del 7 de gener.
Escrito notificación en el que se especifique que la entidad sin ánimo de lucro anticipa el dinero, justificando el gasto antes del 7 de enero.
6. Fitxa d'estadística (annex V) / *Ficha de estadística (anexo V).*

_____, ____ d _____ de _____

El representant de l'entitat / El representante de la entidad

Firma: _____

* Presenteu còpies només del present ANNEX. No de la documentació adjunta. / *Presentar copias solo del presente ANEXO. No de la documentación adjunta.*

** Segons resolució d'aprovació / *Según resolución de aprobación.*

C EQUIP DOCENT / EQUIPO DOCENTE

1. A CÀRREC DEL PRESSUPOST DEL PFQB/ A CARGO DEL PRESUPUESTO DEL PFCB

NÚM. Nº	COGNOMS I NOM APELLIDOS Y NOMBRE	DNI	QUALIFICACIÓ * CUALIFICACIÓN	ÀREA / ACTIVITATS ÁREA / ACTIVIDADES	HORES / SETMANA HORAS / SEMANA	
					LECTIVES LECTIVAS	COMPLEMENTÀRIES** COMPLEMENTARIAS**

* Adjunteu documentació acreditativa.
Adjuntar documentación acreditativa.

**Memòria hores complementàries. Apartat octau | a)
Memoria horas complementarias. Apartado octavo | a)

D HORARI / HORARIO

	Dilluns / Lunes	Dimarts / Martes	Dimecres / Miércoles	Dijous / Jueves	Divendres / Viernes

E CALENDARI (per a l'acompliment d'horari) INDIQUEU EL PERÍODE DE PRÀCTIQUES
CALENDARIO (para el cumplimiento de horario) INDICAR EL PERIODO DE PRÁCTICAS

MES	SETEMBRE SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVEMBRE NOVIEMBRE	DESEMBRE DICIEMBRE	GENER ENERO	FEBRER FEBRERO	MARÇ MARZO	ABRIL	MAIG MAYO	JUNY JUNIO	
Hores Mòduls Horas Módulos											
FCT											
											960 hrs.

C EQUIP DOCENT / EQUIPO DOCENTE

1. A CÀRREC DEL PRESSUPOST DEL PFQB/ A CARGO DEL PRESUPUESTO DEL PFCB

NÚM. Nº	COGNOMS I NOM APELLIDOS Y NOMBRE	DNI	QUALIFICACIÓ * CUALIFICACIÓN	ÀREA / ACTIVITATS ÁREA / ACTIVIDADES	HORES / SETMANA HORAS / SEMANA	
					LECTIVES LECTIVAS	COMPLEMENTÀRIES COMPLEMENTARIAS

* Adjunteu documentació acreditativa.
Adjuntar documentación acreditativa.

D HORARI / HORARIO

	Dilluns / Lunes	Dimarts / Martes	Dimecres / Miércoles	Dijous / Jueves	Divendres / Viernes

E CALENDARI (per a l'acompliment d'horari) INDIQUEU EL PERÍODE DE PRÀCTIQUES
CALENDARIO (para el cumplimiento de horario) INDICAR EL PERIODO DE PRÁCTICAS

MES	SETEMBRE SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVEMBRE NOVIEMBRE	DESEMBRE DICIEMBRE	GENER ENERO	FEBRER FEBRERO	MARÇ MARZO	ABRIL	MAIG MAYO	JUNY JUNIO	
Hores Mòduls Horas Módulos											
FCT											
											960 hrs.

D RELACIÓ DE PARTICIPANTS EN EL PROGRAMA
 RELACIÓN DE PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA

NÚM. N°	COGNOMS I NOM APELLIDOS Y NOMBRE	DOMICILI (localitat, carrer i telèfon) DOMICILIO (localidad, calle y teléfono)	DNI	DATA NAIXEMENT FECHA NACIMIENTO	EDAT (1) EDAD	PROCEDÈNCIA (2) PROCEDENCIA	FIRMA DE L'ALUMNE FIRMA DEL ALUMNO

(1) Edat que té a l'inici del programa / *Edad que tiene al inicio del programa.*
 (2) V: Voluntària; PEE: Proposta Equip Educatiu; D: Desescolaritzat.
V: Voluntaria; PEE: Propuesta Equipo Educativo; D: Desescolarizado.

_____ , ____ d _____ de _____
 El director/a

Firma: _____

(1/2) EXEMPLAR PER A L'ADMINISTRACIÓ / EJEMPLAR PARA LA ADMINISTRACIÓN

D RELACIÓ DE PARTICIPANTS EN EL PROGRAMA
RELACIÓN DE PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA

NÚM. Nº	COGNOMS I NOM <i>APELLIDOS Y NOMBRE</i>	DOMICILI (localitat, carrer i telèfon) <i>DOMICILIO (localidad, calle y teléfono)</i>	DNI	DATA NAIXEMENT <i>FECHA NACIMIENTO</i>	EDAT ⁽¹⁾ <i>EDAD</i>	PROCEDÈNCIA ⁽²⁾ <i>PROCEDENCIA</i>	FIRMA DE L'ALUMNE <i>FIRMA DEL ALUMNO</i>

(1) Edat que té a l'inici del programa / *Edad que tiene al inicio del programa.*

(2) V: Voluntària; PEE: Proposta Equip Educatiu; D: Desescolaritzat.

V: Voluntaria; PEE: Propuesta Equipo Educativo; D: Desescolarizado.

_____ , ____ d _____ de _____

El director/a

Firma: _____

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

CECD – SDGITE

DIN – A4

IA – 18733 – 03 – E