

COMUNICACIÓ D'INICI
COMUNICACIÓN DE INICIO

MP031388

 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

1. Assegurança d'accidents i de responsabilitat civil i rebut de pagament en els termes que indica l'Orde de bases.
Seguro de accidentes y de responsabilidad civil y recibo de pago en los términos que indica la Orden de bases.
2. Contrats dels docents, original o còpia compulsada.
Contratos de los docentes, original o copia compulsada.
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. Certificat acreditatiu de minusvalidesa (si cal) i informe psicopedagògic
Certificado acreditativo de minusvalía (si procede) e informe psicopedagógico.
5. Escrit notificació en què s'especifique que l'entitat sense ànim de lucre avança els diners.
Escrito notificación en el que se especifique que la entidad sin ánimo de lucro anticipa el dinero.

_____, _____ 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.

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

CECD - SDGITE

DIN - A4

IA - 18755 - 01 - E

COMUNICACIÓ D'INICI
COMUNICACIÓN DE INICIO

MP031388

 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

1. Assegurança d'accidents i de responsabilitat civil i rebut de pagament en els termes que indica l'Orde de bases.
Seguro de accidentes y de responsabilidad civil y recibo de pago en los términos que indica la Orden de bases.
2. Contrats dels docents, original o còpia compulsada.
Contratos de los docentes, original o copia compulsada.
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. Certificat acreditatiu de minusvalidesa (si cal) i informe psicopedagògic.
Certificado acreditativo de minusvalía (si procede) e informe psicopedagógico.
5. Escrit notificació en què s'especifiqui que l'entitat sense ànim de lucre avança els diners.
Escrito notificación en el que se especifique que la entidad sin ánimo de lucro anticipa el dinero.

_____, _____ 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.

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

CECD - SDGITE

DIN - A4

IA - 18755 - 01 - E

**COMUNICACIÓ D'INICI
COMUNICACIÓN DE INICIO**

MP031388

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											

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

CECD – SDGITE

DIN – A4

IA – 18755 – 02– E

**COMUNICACIÓ D'INICI
COMUNICACIÓN DE INICIO**

MP031388

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										

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

CECD - SDGITE

DIN - A4

IA - 18755 - 02- E

