

FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO. **FCT02-HOJA DE DATOS DE ALUMNOS.** **(PARA ELABORACIÓN DEL ANEXO 11: RELACIÓN DE ALUMNOS)**

V2. Revisado: Mayo 2009.

(A Cumplimentar por el Tutor de FCT del centro de estudios)	(A Cumplimentar por la secretaria para FCT)
CONVENIO Nº: _____	ANEXO Nº _____
CURSO: 20 / ____ .	

(A Cumplimentar por el alumno)

DATOS DEL ALUMNO.

APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____ DNI: _____

 DOMICILIO: _____ LOCALIDAD: _____ CP: _____

 TFN: _____ MÓVIL: _____ E-MAIL: _____

 C.F.: _____ GRADO: MEDIO SUPERIOR

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal le informamos que sus datos personales se podrán incorporar y tratar en en los sistemas informáticos del IES Virgen de la Paloma, con el fin de poder facilitar la gestión interna de la FCT. Le informamos de la posibilidad de que ejerza los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal, en ft@iespaloma.com o bien en el TFN 913980354. Gracias.

Fecha: ____ / ____ / ____

Firmado: El alumno

Nombre.: _____

(A Cumplimentar por el Tutor de FCT del centro de estudios)

DATOS DE REALIZACIÓN DE LA FCT.

DENOMINACIÓN DE LA EMPRESA: _____ CIF: _____

 TUTOR FCT CENTRO ESTUDIOS: _____ DNI: _____ CLAVE CF: _____

 TUTOR FCT EMPRESA: _____ DNI (opcional): _____

PERIODO DE REALIZACIÓN DE PRÁCTICAS.

FECHA INICIO: ____ / ____ / ____	FECHA FIN: ____ / ____ / ____	DÍAS: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V
HORA INICIO: ____ : ____	HORA FIN: ____ : ____	HORAS DIARIAS: _____
Horario de tarde (si procede)	Horario de tarde (si procede)	
HORA INICIO: ____ : ____	HORA FIN: ____ : ____	TOTAL HORAS FCT: _____

DESPLAZAMIENTOS.

DIRECCIÓN DE LA EMPRESA: _____

 LOCALIDAD: _____ CP: _____

 ALUMNO: TIPO ABONO TRANSPORTE DESDE EL CENTRO : _____ DIFÍCIL ACCESO AL CENTRO TRABAJO SI NO

 PROFESOR: TIPO TRANSPORTE: _____ KM (desde el Instituto a la localidad de la empresa): _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firmado: el Tutor de FCT

Nombre:
CF:

TRAZABILIDAD DEL DOCUMENTO:

TUTOR FCT: ENTREGA EL ORIGINAL FIRMADO EN SECRETARÍA PARA FCT Y CONSERVA COPIA. CONSÉRVESE EL Nº DE ESTE CONVENIO.

AL FINALIZAR EL CURSO ACADÉMICO, TRANSMITIRÁ DICHA COPIA AL JEFE DE DEPARTAMENTO QUE DEBERÁ ARCHIVARLA Y GARANTIZAR SU CUSTODIA.

LOS DATOS CONTENIDOS SON CONFIDENCIALES Y NO PODRÁN SER COMUNICADOS A TERCEROS SIN AUTORIZACIÓN DE LOS INTERESADOS.