

**FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO. PROGRAMA FORMATIVO INDIVIDUALIZADO** (Hoja \_\_\_ de \_\_\_)

CENTRO DOCENTE: I.E.S. LOS BOLICHES		CENTRO DE TRABAJO COLABORADOR:	
TUTOR DOCENTE: ALUMNO/A: Curso escolar: 20 ___ / 20 ___ Familia Profesional:		TUTOR/A LABORAL: PERIODO DE REALIZACIÓN DE LA FCT: Ciclo Formativo: Grado:	
Fecha inicio: Fecha Prevista Final:		Horario: Jornadas previstas: Total Horas:	
RESULTADOS DE APRENDIZAJE	Actividades Formativo - Productivas	Criterios de Evaluación	

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

EL/LA PROFESOR/A RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO	EL/LA JEFE/A DE DEPARTAMENTO DE FAMILIA PROFESIONAL	EL/LA RESPONSABLE DEL CENTRO DE TRABAJO
Fdo.: _____	Fdo.: _____	Fdo.: _____

