# ANEXO II

**PROGRAMA FORMATIVO DE FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO (FCT) \***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Centro educativo |  | Código del centro | |  |  |
| Familia profesional |  | | Clave |  |  |
| Ciclo formativo |  | | Clave |  |  |
| Profesor/a tutor/a |  | | | |  |
| Alumno/a |  | | | |  |
|  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Centro de trabajo |  |  |
| Área o departamento |  |  |
| Responsable de la empresa o entidad |  |  |
| Periodo de realización FCT: |  |  |
|  | | |

| **RESULTADOS DE APRENDIZAJE** (capacidades que se deben adquirir al finalizar la FCT) | **CRITERIOS DE EVALUACIÓN**  (para evaluar la adquisición de cada uno de los resultados de aprendizaje del programa) | **ACTIVIDADES FORMATIVAS**  (programadas para su realización en la/s  empresa/s o en la entidad colaboradora) |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| En a de de | | |
| El/La profesor/a tutor/a del Centro Educativo | El/La representante del Centro de Trabajo | Vº Bº  Inspección Educativa |
| sello del Centro Educativo  Fdo:  Fecha: | sello de la  empresa/entidad/organismo  Fdo:  Fecha: | sello de la  Inspección  Fdo:  Fecha: |

\* Cumplimentar tantas hojas como sean necesarias, numerarlas de manera correlativa y firmar cada una de ellas.