



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)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

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.