***ANEXO CONTRATO FORMACIÓN EN ALTERNANCIA (RD Ley 32/2021)***

**ACUERDO COLABORACIÓN ENTRE EL CENTRO FORMATIVO Y LA EMPRESA**

**LA ACTIVIDAD FORMATIVA ESTARÁ DIRIGIDA A LA OBTENCIÓN DE:**

Título de Formación Profesional (denominación):

Grado Medio 

Grado Superior 

Curso de Especialización 

Nº Horas Título FP

**DATOS DE LA EMPRESA**

Razón Social CIF/NIF/NIE

D./Dña. En concepto de NIF/NIE

Correo electrónico de la empresa Tfno. Empresa

Tutor/a de la empresa, D./Dña. NIF/NIE

**DATOS DEL TRABAJADOR**

D./Dña. NIF/NIE

 Inscrito en Lanbide como demandante de empleo

**DATOS DEL CONTRATO DE FORMACIÓN EN ALTERNANCIA**

Identificador contrato nº: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha Inicio: \_\_\_ Fecha fin: \_\_\_\_ Código CNO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Puesto trabajo u ocupación: \_\_

Horas del trabajo efectivo en la empresa el 1º año: \_\_\_\_\_\_\_\_

Horas del trabajo efectivo en la empresa el 2º año: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Convenio aplicable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jornada anual del convenio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL CENTRO DE FORMACIÓN**

Centro del Sistema educativo. Código de centro \_\_\_\_\_\_\_CIF/NIF/NIE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del centro \_\_\_\_\_\_

Dirección CP Municipio Provincia \_\_\_\_\_\_

Teléfono Correo electrónico

D./Dña. En concepto de Director/a del centro de

formación NIF/NIE

Tutor/a del centro, D./Dña. NIF/NIE

**JORNADA Y HORARIO EN EL CENTRO Y EN LA EMPRESA**

|  |
| --- |
| **DISTRIBUCIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL Y LA ACTIVIDAD FORMATIVA** |
| **ACTIVIDAD LABORAL** | **ACTIVIDAD FORMATIVA** |
| Fecha Inicio | Fecha Fin | Horas Semanales actividad laboral | Días de la semana | Horario | Fecha Inicio | Fecha Fin | Horas Semanales actividad formativa | Días de la semana | Horario |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**PLAN FORMATIVO INDIVIDUAL**

1. **Itinerario formativo-laboral.** Contenidos de la actividad laboral en la empresa, con los objetivos a alcanzar. (Planificación de la actividad formativa y de la evaluación final)
2. **Coordinación entre la actividad formativa y la actividad de la empresa.**
3. **Mecanismos tutoría y supervisión.**
4. **Evaluación de la actividad laboral.**

El/la representante de la empresa. Director/a del centro de formación.

Firmado Firmado

El/la trabajador/a. El/la representante legal del/de la menor si procede.

 Nombre y Apellidos:

Firmado Firmado

En \_\_\_\_\_\_\_ a\_\_\_de de 202\_ / xxxxx(e)n, 202\_ \_\_\_\_an

|  |
| --- |
|  ***TITULO DE FORMACION PROFESIONAL:*** *(código y denominación) …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* |
| **MÓDULOS PROFESIONALES** | **LUGAR Y FECHAS DE REALIZACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA** | **EVALUACIÓN FINAL** |
| **CÓDIGO** | **DENOMINACIÓN** | **EMPRESA** | **FECHAS** | **CÓDIGO****CENTRO FORMACIÓN** | **FECHAS** | **LUGAR** **(Empresa o Centro de Formación)** | **FECHAS** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**PLANIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN FORMATIVA Y DE LA EVALUACIÓN FINAL**