

## RELACIÓN DE ALUMNOS FORMADOS

CURSO \*

Nº DE HORAS: HORAS

CENTRO: \*\*

FECHA COMIENZO DE de de 20

FECHA DE FINALIZACIÓN: de de 20

## ACTA DE EVALUACIÓN DE CURSO

CÓDIGO: \*\*\*

Nº DE ACREDITACIÓN/AUTORIZACIÓN: Nº \*\*\*\*

DOCENTE:

NOMBRE DEL DIRECTOR DEL CENTRO:

Nº	Apellidos y nombre	D.N.I.	Evaluación APTO/NO APTO
1			
2			
3			

Nº	Apellidos y nombre	D.N.I.	Evaluación APTO/NO APTO

En , a 21 de junio de 2019

FIRMA DEL DIRECTOR DEL CENTRO:

#### NOTAS PARA CUMPLIMENTAR EL ACTA DE EVALUACIÓN

\* Se especificará el nombre del programa formativo

\*\* Se especificará si es:

- Centro Integrado de F.P. conforme al R.D. 1558/2005, de 23 de diciembre
- Centro de formación público o privado acreditado por la administración laboral, según R.D.395/2007
- Centro de Referencia Nacional según art.11.7 de L.O. 5/2002 y R.D. 229/2008
- Centro público o privado autorizado por la administración educativa para impartir ciclos formativos

\*\*\* Se especificará el código, en el caso que lo hubiera.

\*\*\*\* Se especificará en el caso de ser centro acreditado por la administración laboral o autorizado por la administración educativa