



ANEXO II

ACUERDO PARA LA ACTIVIDAD FORMATIVA EN CONTRATO PARA LA FORMACIÓN Y EL APRENDIZAJE EN LOS SUPUESTOS EN QUE NO EXISTA TÍTULO DE FP, CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD O CENTRO DISPONIBLE

(Disposiciones transitorias séptima y octava apartado 2 del Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero)

| EXISTE: | | DENOMINACIÓN CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD O TÍTULO DE FP |
|----------------------------------|---|--|
| CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD: | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | |
| TÍTULO DE FORMACIÓN PROFESIONAL: | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | |
| CENTRO DISPONIBLE: | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | |

DATOS DE LA EMPRESA

| | |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| RAZÓN SOCIAL | CIF/NIF/NIE |
| D. DÑA. | NIF/NIE |
| EN CONCEPTO DE | TFNO EMPRESA <input type="text"/> |
| CORREO ELECTRÓNICO DE LA EMPRESA | |

DATOS DEL TRABAJADOR

| | |
|---------|---------|
| D. DÑA. | NIF/NIE |
|---------|---------|

DATOS DEL CONTRATO PARA LA FORMACIÓN Y APRENDIZAJE

| | | |
|---|------------------------------|--------------|
| IDENTIFICADOR CONTRATON° <input type="text"/> | FECHA DE INICIO | FECHA DE FIN |
| PUESTO DE TRABAJO U OCUPACIÓN | CÓD CNO <input type="text"/> | |

DATOS DEL CENTRO AUTORIZADO POR EL SEPE

| | |
|---|--|
| N° DE CENTRO 4100000298 | |
| D. DÑA. SILIVA CONDE SANCHEZ | NIF/NIE 28.704.662-H |
| EN CONCEPTO DE REPRESENTANTE | CENTRO FORMATIVO SYSTEM CENTROS DE FORMACION, S.L. |
| CIF/NIF/NIE B-41273392 | DIRECCIÓN AV. JUAN ANTONIO CAVESTANY, 10 |
| CP 41003 | MUNICIPIO SEVILLA |
| TELÉFONO 954502550 | PROVINCIA SEVILLA |
| CORREO ELECTRÓNICO GESTION@SYSTEMFORMACION.ES | |

ACTIVIDAD FORMATIVA

| ESPECIALIDAD FORMATIVA: | CÓD. ESP. FORM. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|------|---------------------|---------------------|--|------|---------------------|------|----|-----|-----------|-------------------|---------|-----|--|--|--|
| LA MODALIDAD DE IMPARTICIÓN SERÁ: <input type="checkbox"/> PRESENCIAL <input checked="" type="checkbox"/> A DISTANCIA | <input type="checkbox"/> TELEFORMACIÓN <input type="checkbox"/> MIXTA | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CALENDARIO FORMATIVO: FECHA DE INICIO: | FECHA DE FIN: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HORARIO: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CÓMPUTO DE HORAS: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2" rowspan="2"></th> <th colspan="2">N° DE HORAS ANUALES</th> </tr> <tr> <th>MIN.</th> <th>ACTIVIDAD FORMATIVA</th> </tr> <tr> <th rowspan="2">AÑOS</th> <th>1º</th> <th>25%</th> <th>PRINCIPAL</th> <th>F. COMPLEMENTARIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2º y 3º</td> <td>15%</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | N° DE HORAS ANUALES | | MIN. | ACTIVIDAD FORMATIVA | AÑOS | 1º | 25% | PRINCIPAL | F. COMPLEMENTARIA | 2º y 3º | 15% | | | |
| | | | | N° DE HORAS ANUALES | | | | | | | | | | | | | |
| | | MIN. | ACTIVIDAD FORMATIVA | | | | | | | | | | | | | | |
| AÑOS | 1º | 25% | PRINCIPAL | F. COMPLEMENTARIA | | | | | | | | | | | | | |
| | 2º y 3º | 15% | | | | | | | | | | | | | | | |

Y para que conste, se extiende este acuerdo para la actividad formativa por triplicado ejemplar en el lugar y fecha a continuación indicados, firmando las partes interesadas:

En _____ a _____ de _____ de 20_____

El/la Trabajador/a
(o representante)

El/la representante
del/de la menor, si procede

El/la representante
de la Empresa

El/la representante
Centro de Formación

