

## CONVOCATÒRIA 2010 DE PLANS DE FORMACIÓ D'OFERTA MITJANÇANT CONVENIS D'ÀMBIT AUTONÒMIC

### S-10: COMUNICACIÓ D'INICI DE GRUP/ACCIÓ FORMATIVA

Núm. EXPEDIENT: _____	ENTITAT SOL·LICITANT: _____	CIF: _____
-----------------------	-----------------------------	------------

Acció núm.	Grup núm.	Denominació	Modalitat	Núm. Part.	Hores Totals	Data INICI (dd/mm/aa)	Data FI (dd/mm/aa)

DADES RELATIVES A LA IMPARTICIÓ DE LA FORMACIÓ PRESENCIAL (en Accions formatives de modalitat PRESENCIAL o MIXTA)													
Raó Social/Nom Comercial (1)	CIF	Direcció detallada	Localitat	C.P.	N Hores Formació Presencial	Dies de impartició							Persona de Contacte
						D	D	D	D	D	D	D	
						L	T	C	J	V	S	G	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DADES RELATIVES A L'EXECUCIÓ DE LES TUTORÍES PRESENCIALS (en Accions formatives de modalitat MIXTA o A DISTÀNCIA)													
Raó Social/Nom Comercial (1)	CIF	Direcció detallada	Localitat	C.P.	N Hores Tutories Presencials	Dies de impartició							Persona de Contacte
						D	D	D	D	D	D	D	
						L	T	C	J	V	S	G	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DADES RELATIVES A L'EXECUCIÓ DE LES TUTORÍES A DISTÀNCIA (en Accions formatives de modalitat MIXTA o A DISTÀNCIA)													
Raó Social/Nom Comercial (1)	CIF	Direcció detallada	Localitat	C.P.	N Hores Tutories Distància	Dies de impartició							Persona de Contacte
						D	D	D	D	D	D	D	
						L	T	C	J	V	S	G	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

DADES RELATIVES A L'EXECUCIÓ DE LA FORMACIÓ A DISTÀNCIA MITJANÇANT TELEFORMACIÓ (en accions formatives de modalitat TELEFORMACIÓ)													
Raó Social/Nom Comercial (1)	CIF	Direcció detallada	Localitat	C.P.	N Hores Teleformació	Dies de impartició							Persona de Contacte
						D	D	D	D	D	D	D	
						L	T	C	J	V	S	G	
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>OBSERVACIONS (2) DEL GRUP</b>	
<b>NOTIFICACIÓ DE CANCEL·LACIONS/ MODIFICACIONS FORA PLAÇ</b>	

(1) Ha de figurar també el nom de l'entitat que habitualment s'utilitza per al tràfic comercial.  
(2) Qualsevol aclariment de les dades comunicades per aquest grup, haurà de fer-se a l'apartat de "Observacions".  
Nota: Aquest document no serà vàlid si no es complimenten correctament totes les dades. En cas de modalitat mixta, s'hauran d'indicar totes les dades referides a les "Jornades Presencials" i els corresponents a les "Tutories Presencials" o "Tutories A Distància" i/o "Tutories de Teleformació", segons correspongui.