

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"/>	

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

(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.