XUNTA DE GALICIA | CONSELLERÍA DE CULTURA, LINGUA E XUVENTUDE

ANEXO VII

CERTIFICACIÓN DE LA EMPRESA/ENTIDAD DE DESTINO DE LAS ESTANCIAS FORMATIVAS

BS324D - PROGRAMA FÓRMATE EN LA EMPRESA

DATOS DE LA ENTIDAD/ EMPRESA DE REALIZACIÓN DE LAS ESTANCIAS

IDENTIFICACIÓN

TIPO | NÚM. | PAÍS EMISOR

RAZÓN SOCIAL

DIRECCIÓN

PAÍS: ES

TIPO | NOMBRE DE LA VÍA | NÚM. | BLOQ. | PISO | PUERTA

CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD

PARROQUIA | LUGAR

CONTACTO

PREFIJO | TELÉFONO MÓVIL | PREFIJO | OTRO TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

SECTOR ECONÓMICO ESTRATÉGICO AL QUE ESTÁ VINCULADA

PERSONA DE CONTACTO, RESPONSABLE DE LA ACOGIDA DE LAS ESTANCIAS FORMATIVAS

IDENTIFICACIÓN

TIPO | NÚM. | PAÍS EMISOR

NOMBRE/RAZÓN SOCIAL | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO

CONTACTO

PREFIJO | TELÉFONO MÓVIL | PREFIJO | OTRO TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

DATOS DE LA PERSONA PARTICIPANTE

IDENTIFICACIÓN

TIPO | NÚM. | PAÍS EMISOR

NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO

DIRECCIÓN

PAÍS

ES

TIPO | NOMBRE DE LA VÍA | NÚM. | BLOQ. | PISO | PUERTA

CÓDIGO POSTAL | PROVINCIA | AYUNTAMIENTO | LOCALIDAD

PARROQUIA | LUGAR

CONTACTO

PREFIJO | TELÉFONO MÓVIL | PREFIJO | OTRO TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

PERÍODO DE REALIZACIÓN DE LAS ESTANCIAS FORMATIVAS

NÚMERO DE HORAS FORMATIVAS MENSUALES | FECHA DE INICIO (desde mes/día) | FECHA DE FINALIZACIÓN (hasta mes/día)

HORAS DE FORMACIÓN Y EMPLEABILIDAD (mínimo 100 h mensuales) | DÍAS DE FORMACIÓN (mínimo 4 días semanales)

ACTIVIDADES REALIZADAS

FIRMA DE LA PERSONA ENCARGADA DE LA TUTORÍA DE LAS ESTANCIAS FORMATIVAS (EN LA EMPRESA/ENTIDAD)

FIRMA DE LA PERSONA PARTICIPANTE

Lugar y fecha

, de de