

**ANNEX II ASSOCIACIÓ ALUMNAT – CENTRE DE TREBALL**  
**ANEXO II ASOCIACIÓN ALUMNADO – CENTRO DE TRABAJO**

**CENTRE EDUCATIU / CENTRO EDUCATIVO**

**Nom / Nombre:**

**Contacte / Contacto:**

**Tutor/a:**

**Alumnat / Alumnado:**

**Estudis associats / Estudios asociados:**

**EMPRESA O ENTITAT / ENTIDAD**

**Nom / Nombre:**

**Contacte / Contacto:**

**Conveni / Convenio:**

**Centre Treball / Centro Trabajo:**

**Instructor/a:**

**DETALLS / DETALLES FCT**

**Periode / Periodo:**

**Horari / Horario:**

L	M	X	J	V	S	D

**Hores de la unitat formativa / Horas de la unidad formativa:**

**Observacions / Observaciones:**

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Vist i plau, el/la director/a del centre  
VºBº el/la director/a del centro

El/la professor/a tutor/a  
El/la profesor/a tutor/a

Vist i plau, el/la representant de l'empresa o  
institució col·laboradora  
VºBº, el/la representante de la empresa o  
institució col·laboradora

Firma:

Firma:

Firma:

Per delegació de signatura del  
Conseller de Sanitat Universal i Salut Pública