

## MODELO ORIENTATIVO

### ACUERDO PARA LA ACTIVIDAD FORMATIVA DEL CONTRATO DE FORMACIÓN EN ALTERNANCIA

#### 1. DATOS GENERALES

LA ACTIVIDAD FORMATIVA ESTARÁ DIRIGIDA A LA OBTENCIÓN DE (desglose en apartado 2):

- Título de formación profesional (denominación) \_\_\_\_\_
- Certificado de profesionalidad (denominación) \_\_\_\_\_
- Certificación académica  Acreditación parcial acumulable
- Formación complementaria

#### DATOS DE LA EMPRESA

Razón social \_\_\_\_\_ CIF/NIF/NIE \_\_\_\_\_

D./Dña. \_\_\_\_\_ en concepto de \_\_\_\_\_ NIF/NIE \_\_\_\_\_

Correo electrónico de la empresa \_\_\_\_\_ Tfno. empresa \_\_\_\_\_

Tutor/a de la empresa - D./Dña. \_\_\_\_\_ Horas mensuales \_\_\_\_\_ NIF/NIE \_\_\_\_\_

Empresa con menos de 5 trabajadores

#### DATOS DEL TRABAJADOR

D. Dña. \_\_\_\_\_ NIF/NIE \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
 (dd/mm/aaaa)

Reúne requisitos de acceso a la Formación de este contrato.

Inscrito/a en el Sistema Nacional de Garantía Juvenil.

Trabajador/a con discapacidad.

Trabajador/a en situación de exclusión social en empresas de inserción.

#### DATOS DEL CONTRATO PARA LA FORMACIÓN Y EL APRENDIZAJE

Identificador contrato n.º  (a consignar una vez comunicada la formalización del contrato)

Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha de fin \_\_\_\_\_

Puesto de trabajo u ocupación \_\_\_\_\_ Cód. CNO

Provincia del centro de trabajo \_\_\_\_\_ Horas del contrato: Año 1.º \_\_\_\_\_ Año 2.º \_\_\_\_\_ Año 3.º \_\_\_\_\_

Convenio aplicable \_\_\_\_\_

#### 2. ACTIVIDAD FORMATIVA

##### 2. A. Formación acreditable

(La actividad formativa deberá contener como mínimo un Módulo Formativo completo)

Título FP/CP/Módulos profesionales/Módulos formativos/Unidades formativas (todos «completos»)						
	Código	Denominación	N.º Horas	Modalidad (Presencial, Teleformación, Distancia <sup>1</sup> )	Código de Centro educativo autorizado/ Código del Centro acreditado en Registro Estatal	Grado título/ Nivel CP
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

(En caso necesario, completar en hoja aparte)

<sup>1</sup> Distancia, sólo para títulos o módulos de FP del Sistema Educativo).

## 2. B. Formación complementaria

Especialidades formativas (completas)					
	Código	Denominación	N.º Horas	Modalidad (Presencial, Teleformación)	Código de Centro inscrito en Registro Estatal
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

(En caso necesario, completar en hoja aparte)

## 3. CALENDARIO Y DISTRIBUCIÓN

MODALIDAD DE DESARROLLO DE LA FORMACIÓN (Art. 3.1. R.D. 1529/2012)

a)  b)  c)  d)  e)

N.º DE HORAS DE FORMACIÓN ANUALES						
AÑOS	Min. %	Hasta	Título de Formación Profesional/Certificado de Profesionalidad	Certificación académica/Acreditación parcial acumulable	Formación complementaria	TOTAL
1.º	25%	50% (Garantía Juvenil)				
2.º	15%	25% (Garantía Juvenil)				
3.º	15%	25% (Garantía Juvenil)				

DISTRIBUCIÓN DE LA ACTIVIDAD LABORAL Y LA ACTIVIDAD FORMATIVA										
ACTIVIDAD LABORAL					ACTIVIDAD FORMATIVA					
Fecha de inicio	Fecha de fin	Horas semanales de actividad laboral	Días de la semana	Horario	Código formación	Fecha de inicio	Fecha de fin	Horas semanales de actividad formativa	Días de la semana	Horario

Criterios para la conciliación de las vacaciones a las que tiene derecho la persona trabajadora en la empresa y de los períodos no lectivos en el centro de formación:

---



---

Cuando la modalidad de desarrollo de la formación dual sea alguna de las descritas en las letras b), c) o d), se adjuntará al presente anexo el contenido del programa de formación, con expresión de las actividades que se desarrollan en la empresa y en el centro formativo, profesorado y forma y criterios de evaluación

#### 4. CENTROS IMPARTIDORES DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA

<b>DATOS DEL CENTRO DE FORMACIÓN</b>	
Formación a impartir: Código _____ Denominación _____	
<input type="checkbox"/> Centro Sistema Educativo	Código de centro autorizado _____
<input type="checkbox"/> Centro Acreditado	Código de centro en Registro Estatal de Centros de Formación _____
<input type="checkbox"/> Si la formación se imparte mediante teleformación, especificar código/s del/os Centros Presenciales vinculados: _____	
Nombre Centro _____	CIF/NIF/NIE _____
URL (Entidades de teleformación) _____	
Dirección _____	CP _____ Municipio _____
Provincia _____	Teléfono _____ Correo electrónico _____
D./Dña. _____	en concepto de _____ NIF/NIE _____
Tutor/a del centro - D./Dña. _____	NIF/NIE _____

  

<b>DATOS DEL CENTRO DE FORMACIÓN</b>	
Formación a impartir: Código _____ Denominación _____	
<input type="checkbox"/> Centro Sistema Educativo	Código de centro autorizado _____
<input type="checkbox"/> Centro Acreditado/Inscrito	Código de centro en Registro Estatal de Centros de Formación _____
<input type="checkbox"/> Si la formación se imparte mediante teleformación, especificar código/s del/os Centros Presenciales vinculados: _____	
Nombre Centro _____	CIF/NIF/NIE _____
URL (Entidades de teleformación) _____	
Dirección _____	CP _____ Municipio _____
Provincia _____	Teléfono _____ Correo electrónico _____
D./Dña. _____	en concepto de _____ NIF/NIE _____
Tutor/a del centro - D./Dña. _____	NIF/NIE _____

  

<b>DATOS DEL CENTRO DE FORMACIÓN</b>	
Formación a impartir: Código _____ Denominación _____	
<input type="checkbox"/> Centro Sistema Educativo	Código de centro autorizado _____
<input type="checkbox"/> Centro Acreditado/Inscrito	Código de centro en Registro Estatal de Centros de Formación _____
<input type="checkbox"/> Si la formación se imparte mediante teleformación, especificar código/s del/os Centros Presenciales vinculados: _____	
Nombre Centro _____	CIF/NIF/NIE _____
URL (Entidades de teleformación) _____	
Dirección _____	CP _____ Municipio _____
Provincia _____	Teléfono _____ Correo electrónico _____
D./Dña. _____	en concepto de _____ NIF/NIE _____
Tutor/a del centro - D./Dña. _____	NIF/NIE _____

  

<b>DATOS DEL CENTRO DE FORMACIÓN</b>	
Formación a impartir: Código _____ Denominación _____	
<input type="checkbox"/> Centro Sistema Educativo	Código de centro autorizado _____
<input type="checkbox"/> Centro Acreditado/Inscrito	Código de centro en Registro Estatal de Centros de Formación _____
<input type="checkbox"/> Si la formación se imparte mediante teleformación, especificar código/s del/os Centros Presenciales vinculados: _____	
Nombre Centro _____	CIF/NIF/NIE _____
URL (Entidades de teleformación) _____	
Dirección _____	CP _____ Municipio _____
Provincia _____	Teléfono _____ Correo electrónico _____
D./Dña. _____	en concepto de _____ NIF/NIE _____
Tutor/a del centro - D./Dña. _____	NIF/NIE _____

(En caso necesario, completar en hoja aparte)

## 5. DATOS DECLARATIVOS Y SOLICITUD

Declaro que el centro de trabajo se encuentra en: \_\_\_\_\_

Declaro bajo mi responsabilidad que son ciertos los datos que se consignan en el presente acuerdo, asumiendo en caso contrario las responsabilidades que pudieran derivarse de su inexactitud.

Declaro conocer lo establecido en el artículo 11.2 del Estatuto de los Trabajadores y el Real Decreto 1.529/2012, de 8 de noviembre y demás normativas de desarrollo, así como la normativa que afecta a la actividad formativa objeto de esta solicitud.

Autorizo al Servicio Público de Empleo de la Comunidad Autónoma y al Servicio Público de Empleo Estatal a que acceda a las bases de datos de la Administración General del Estado y de las Administraciones de las Comunidades Autónomas, con garantía de confidencialidad y a los exclusivos efectos de facilitar la verificación de los datos consignados en esta solicitud, manifestando que quedo enterado de la obligación de informar a los Servicios Públicos de Empleo de cualquier variación de los mismos que pudiera producirse.

Declaro bajo mi responsabilidad, a efectos de lo establecido en el art. 6 del R.D. 1529/2012, de 8 de noviembre, que la persona trabajadora objeto del contrato pertenece a alguno de los colectivos siguientes:

- Personas con discapacidad
- Inscrito en el Sistema Nacional de Garantía Juvenil
- Colectivos en situación de exclusión social y que la empresa contratante es una empresa de inserción

Declaro bajo mi responsabilidad que la persona trabajadora, reúne alguno de los requisitos de acceso a la formación según lo establecido en el art. 20 del R. D. 34/2008 de 18 de Enero, y/o en la normativa del Sistema Educativo.

Acepto y doy mi conformidad con lo aquí declarado.

Y solicito se dé curso a la presente solicitud de «autorización de inicio de la formación inherente al contrato para la formación y el aprendizaje» ante la autoridad competente para su resolución.

### Identificación del solicitante (Empresa o Centro de Formación).

Razón social \_\_\_\_\_

Representante D./Doña \_\_\_\_\_ NIF/NIE \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Firma y sello

### Datos a efectos de notificación

Dirección \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono de contacto \_\_\_\_\_



## 6.FORMALIZACIÓN DEL ACUERDO

Y para que conste, se extiende este acuerdo para la actividad formativa en el lugar y fecha a continuación indicados, firmando las partes.

En _____	a _____ de _____ de 20 _____
El/la trabajador/a	El/la representante legal del/de la menor, si procede
_____	El/la representante de la empresa
	El/los representante del/de los Centros de Formación
	_____
	_____
	_____
	_____
	_____