

**FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO**

**AYUDAS POR DESPLAZAMIENTO**

<b>1 DATOS PERSONALES</b>			
APELLIDOS Y NOMBRE			NIF/NIE
DOMICILIO (CALLE/PLAZA Y N°)			
LOCALIDAD		PROVINCIA	C. POSTAL
TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MOVIL	CORREO ELECTRÓNICO	
DATOS BANCARIOS			
Código Entidad	Código Sucursal	Digito Control	N° Cuenta

<b>2 DATOS DEL CENTRO DOCENTE</b>			
CENTRO DOCENTE DONDE ESTÁ MATRICULADO		CURSO 20..... / 20.....	TIPO DE CENTRO <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Concertado
LOCALIDAD	PROVINCIA	C. POSTAL	TELÉFONO

<b>3 ENSEÑANZA</b>	
CICLO FORMATIVO DE FORMACIÓN PROFESIONAL (Grado y Denominación)	
CICLO FORMATIVO DE ARTES PLASTICAS Y DISEÑO (Grado y Denominación)	
(PCPI) PROGRAMA DE CUALIFICACIÓN PROFESIONAL INICIAL (Denominación)	

<b>4 SOLICITUD, LUGAR , FECHA Y FIRMA</b>		
La persona abajo firmante <b>SOLICITA</b> ser beneficiaria de la ayuda económica que corresponda, en virtud de la Orden de ..... de ..... de ..... de la Consejería de Educación, por la realización de prácticas formativas correspondiente al módulo profesional de Formación en Centros de trabajo en el/los centros de trabajo:		
DENOMINACIÓN COMPLETA DE LA ENTIDAD COLABORADORA:	DIRECCIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO	C.POSTAL
LOCALIDAD	MUNICIPIO/PROVINCIA	DISTANCIA (*) ..... Km
Declara no recibir ninguna ayuda al transporte contemplada en el artículo 11 de la Orden ..... . Asimismo, <b>autoriza</b> al centro docente a que le abone la ayuda económica que le corresponda.		
En ..... a ..... de ..... de .....		
EL/LA ALUMNO/A O PADRE/MADRE O TUTOR/A LEGAL		
Fdo.: .....		

<b>ESPACIO RESERVADO A CUMPLIMENTAR POR EL CENTRO DOCENTE</b>	
La modalidad de ayuda ha de ser determinada por el centro docente una vez establecido el programa formativo de la FCT para el alumnado y conocido por estos.	
<input type="checkbox"/> Modalidad A: Misma localidad, desde 5 km. <input type="checkbox"/> Modalidad B: Distinta localidad y hasta 20 km. <input type="checkbox"/> Modalidad C: Distinta localidad y más de 20 km.	
Jornada partida <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nº DE JORNADAS: .....
En ..... a ..... de ..... de .....	
VºBº DIRECTOR/A DEL CENTRO DOCENTE	
Fdo.: .....	

**DIRECCIÓN GENERAL DE FORMACIÓN PROFESIONAL Y EDUCACIÓN PERMANENTE.**

<b>PROTECCIÓN DE DATOS</b>
En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Educación le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la gestión de las ayudas convocadas en la Orden que la regula.
De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Formación Profesional y Educación Permanente. Consejería de Educación. C/ Juan Antonio de Vizarrón s/n. Edificio Torretriana, 41071-Sevilla.

(\*) Distancia en Km. entre residencia habitual y el centro de trabajo (sólo ida).

