

FICHA DE CURSO DE FORMACIÓN CONTINUA ACCESIBLE PARA PERSONAS SORDAS

1.- IDENTIFICACIÓN DEL CURSO

Expendiente/Código: _____

Programa/Plan: _____

Curso: _____

2.- DATOS DEL CURSO

Nombre de la Entidad

Dirección de la Entidad: _____

Municipio: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

Dirección del Curso

Municipio: _____ Provincia: _____ C.P.: _____

Características del Curso

Días lectivos: _____

Horas totales: _____.

Fecha de Inicio: _____ Fecha de Finalización: _____.

3.- DATOS DE USUARIO/A – TRABAJADOR/A

Nombre/Apellidos: _____

DNI: _____ Teléfono / Móvil: _____

Profesión: _____

Tipo de contrato: _____

Tipo de empresa: Pública Privada Autónomo Otros