**NÚMERO DE EXPEDIENTE (CUMPLIMENTAR POR EL IAAP)**

**FICHA TÉCNICA DE HOMOLOGACIÓN (Cumplimentar una ficha por cada Acción Formativa solicitada)**

|  |
| --- |
| **PROMOTOR DE FORMACIÓN:** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **DATOS GENERALES DE LA ACCIÓN FORMATIVA** | | | | | |
| Denominación: | | | | | | |
| Total horas | |  | | Nº de participantes |  | Modalidad de impartición:  Presencial Teleformación |
| Tipo de Certificado | | | | Participación Aprovechamiento Otro | | |
| Objetivo general: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | | | | | | |
| Tipo de evaluación | | | Satisfacción Aprendizaje Otra | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2** | **CONTENIDOS. Relación nominal de las unidades de aprendizaje (UA)** | |
| Nº de UA | Denominación | Nº de horas |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  | |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| Nº de UA | Denominación | Nº de horas |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |
| 18 |  |  |
| 19 |  |  |
| 20 |  |  |
|  | *TOTAL HORAS* |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3** | **CALENDARIO DE IMPARTICIÓN** | | |
| Nº Edición | Fecha de inicio | Fecha de fin | Horario (solo si la actividad es presencial) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **DATOS DEL LUGAR DE IMPARTICIÓN (solo si la actividad es presencial)** |
| Denominación del centro: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Dirección: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  Código Postal: ……………………………… Localidad: ……………………………………………………………………………………………………………………  Responsable o persona de contacto: …………………………………………………………………………………………………………………………………..  Observaciones: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5** | **DATOS DEL PROFESORADO. Relación nominal del profesorado interviniente** | | |
| NOMBRE Y APELLIDOS | | DNI | UNIDAD/ES DE APRENDIZAJE A IMPARTIR (números) |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS | | DNI | UNIDAD/ES DE APRENDIZAJE A IMPARTIR (números) |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| OBSERVACIONES: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..  ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………... | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **6** | **INSTALACIONES Y MATERIAL** | |
| En relación con la Acción Formativa la Entidad solicitante se compromete a que el equipamiento, dotación formativa y material didáctico del profesorado y participantes posibilitará la impartición de los contenidos íntegros homologados por el IAAP, en las condiciones adecuadas para conseguir los objetivos previstos.  Asimismo en relación a las instalaciones donde se propone la impartición de las Acciones Formativas solicitadas se garantiza que las mismas reúnen las condiciones higiénicas, acústicas, de habitabilidad, seguridad y accesibilidad exigidas por la legislación vigente. | |
| **6.1 MATERIAL DIDÁCTIVO** | |
| SE ADJUNTA EN SOPORTE INFORMÁTICO:  Manual del alumnado  Otro material didáctico: …………………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………  Acceso a la plataforma de Teleformación (en caso de acciones formativas on line) | |

|  |  |
| --- | --- |
| **7** | **LUGAR, FECHA Y FIRMA** |
| En ....................................................... a ..........................de .................................................... de ............................  EL/LA REPRESENTANTE LEGAL  Fdo.: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | |

ILMO/A. SR/A DIRECTOR/A DEL INSTITUTO ASTURIANO DE ADMINISTRACIÓN PÚBLICA ADOLFO POSADA