|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sin Verificar**  | [ ]  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ampliación de MF**  | [ ]  |

 | **Fecha de inicio de la acción formativa:** **Haga clic aquí para escribir una fecha.** |
| **ACCIÓN FORMATIVA** | **PROGRAMA FORMATIVO:** Elija un elemento. | **AÑO PROGRAMACIÓN: Elija un elemento.** |
| **Código:** |  | **Expediente:** |  | **Acción:** |  | **Grupo:** |
| **Nombre de la acción formativa:**  |
| **Certificado de Profesionalidad:** |  | **Código del Certificado de profesionalidad (SEPE)** |  |
| **DATOS DE LA ENTIDAD DE FORMACIÓN** |  |
| **Nombre del centro:**  | **N º Censo:**  |
| **Persona de contacto:**  | **Correo-E:**      @      |
| (El Centro de Formación acepta el envío y recepción de comunicaciones mediante correo electrónico)**Teléfono1 :** |  | **Teléfono2/Fax:** |
| **FORMADOR** |
| **DNI**  |  | **Apellidos y Nombre** |  |
| **Módulos formativos para los que solicita verificación** |
| **MF     \_** |       |
| **MF     \_** |       |
| **MF     \_** |  |
| **MF     \_** |  |
| **TITULACIÓN ACADÉMICA** |
| **CON TITULACIÓN** [ ] : Especifique titulación  | **SIN TITULACIÓN** [ ] : |
| **COMPETENCIA DOCENTE** |
| **Titulación (Psicología, Pedagogía, Psicopedagogía o Ciencias de la educación)** | [ ]  | **CAP:** | [ ]  | **Certificado de Profesionalidad, Docencia de formación para el empleo o similar superior a 380 horas** | [ ]  |
| **Experiencia profesional (600 h. de formación)** | [ ]  | **Máster universitario de formación del profesorado** | [ ]  |  |
| **COMPETENCIA DIGITAL (TELEFORMACIÓN)** |
| **TITULACIÓN ≥** 30 H[ ] :  | **EXPERIENCIA LABORAL** ≥ 60 H[ ] :  |
| **EXPERIENCIA PROFESIONAL POR UNIDADES DE COMPETENCIA** |
| **UC     \_** |       | **Nº de Años** |  |
| **UC     \_** |       | **Nº de Años** |  |
| **UC     \_** |       | **Nº de Años** |  |
| **UC     \_** |       | **Nº de Años** |  |
| **OBSERVACIONES (A cumplimentar por la Administración):** |

Vº Bº Técnico de la Administración

FDO Y SELLO.: FECHA, nombre y apellidos

FDO Y SELLO.: Nombre y Apellidos del Responsable de la Entidad Formadora

***INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN***

|  |
| --- |
| ***Todas las acciones formativas vinculadas a Certificados de Profesionalidad (CdP)*** *regulados por el R.D 34/2008 de 18 de enero, sea cual sea su vía de programación, y cuyo seguimiento sea realizado por el Área de Seguimiento y Control de Calidad,* ***deberán proceder por la misma vía para la verificación de la documentación de los formadores propuestos****.* *El* ***objetivo de este control*** *a priori y de la* ***evaluación ex ante*** *de este requisito, es* ***garantizar el correcto cumplimiento de las prescripciones dispuestas*** *en la normativa reguladora general de los CdP y en la de los diferentes Reales Decretos que regulan cada CdP de manera específica, con la finalidad de asegurar un* ***idóneo cumplimiento de las condiciones del contexto formativo****.* *Este documento Anexo II- Solicitud para la Validación de Formadores se aportará con la documentación previa al inicio de la acción formativa, en los plazos estipulados en cada programa, para la validación de los formadores para la impartición de los Módulos Formativos (MF) incluidos en dicha acción. Será imprescindible su presentación:** ***Verificación y reconocimiento inicial:*** *cuando el formador sea presentado por primera vez, es decir, cuando nunca haya sido verificado por el Área de Registro y Evaluación, en ningún MF de ningún certificado de profesionalidad.*
* ***Nueva verificación y ampliación del reconocimiento inicial (ampliación del módulo o módulos formativos que van a impartir)*** *cuando el formador haya sido verificado en algún MF por el Área de Registro y Evaluación y quiera ampliar la verificación a otros MF en un mismo certificado o de otros distintos.*

*En los dos casos expuestos, se adjuntará al Anexo II la documentación acreditativa del formador recogida en el documento “Procedimiento Verificación de Formadores” incluido en la Adenda a la Guía.**Cuando el formador esté verificado para la impartición de la acción formativa, no se presentará el Anexo II, se reflejará el número de DNI y Nombre y Apellidos en el documento correspondiente de inicio de dicha acción formativa.* ***DATOS GENERALES:****- Marque la casilla correspondiente Sin verificar (se comprueba documentación por primera vez) o Ampliación de MF (verificado en otros Módulos Formativos distintos a la acción formativa).* *- Seleccione en el desplegable* ***la fecha de Inicio de la acción formativa.******DATOS ACCIÓN FORMATIVA:******PROGRAMA****: en el desplegable se seleccionará el programa concreto al que pertenece esta acción formativa.****AÑO PROGRAMACIÓN:*** *en el desplegable se seleccionará el año en que se ha publicado la convocatoria o se ha autorizado la acción formativa en iniciativa privada. No tiene por qué coincidir con el año de ejecución.****CÓDIGO CURSO****: hace referencia al número de curso asignado por la Dirección General de Formación de la Consejería de Economía, Empleo y Competitividad. Un código por cada acción formativa. En algunos programas, el código lo asigna el Área de Seguimiento y Control de Calidad posteriormente a la entrega de la documentación previa al inicio, en estos casos, se dejará el espacio del código sin cumplimentar. Cuando se autorice el inicio del curso, se le comunicará el código asignado.* *A partir de ese momento, se deberá cumplimentar* ***siempre*** *en todos los documentos.****EXPEDIENTE:*** *se cumplimentará en todas aquellas programaciones en las que el órgano gestor haya facilitado Nº de Expediente (imprescindible cumplimentar en Formación Continua y en los Programas de Empleo).****ACCIÓN/ GRUPO****: solo se cumplimentará en Formación Continua.* ***NOMBRE ACCIÓN FORMATIVA:*** *denominación de la acción formativa autorizada.****CERTIFICADO DE PROFESIONALIDAD Y CÓDIGO SEPE:*** *denominación y código según Real Decreto.****DATOS DE LA ENTIDAD DE FORMACIÓN:******NOMBRE DEL CENTRO:*** *nombre del centro donde se desarrolla el curso; entidad nombre de la entidad formadora.****CENSO:*** *el número de censo acreditado o inscrito facilitado por el Servicio de Acreditación e Inscripción de Centros y Entidades de Formación Profesional para el Empleo.****DATOS CONTACTO:*** *teléfono, correo electrónico de la persona de contacto del centro de formación.****FORMADOR:*** *DNI, Nombre y Apellidos. Detallar código y denominación de los Módulos Formativos para los que solicita validación. Detallar los datos del docente en cuanto a titulación (especificando titulación que aporta, competencia docente, competencia digital (Teleformación) y competencia profesional.* |
| *- El apartado de Observaciones se dejará sin cumplimentar.**- El documento irá firmado y sellado por la entidad formadora.**- No podrá iniciar la acción formativa sin la autorización del Área de Seguimiento y Control de Calidad.* *- La participación de algún formador que no estuviese comunicado y validado, tendría consecuencias económicas y afectaría a la certificación de los alumnos.*  |

**Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.madrid.org/proteccionDeDatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento.**