

PER A ADJUNTAR PER TRIPLICAT A LA DOCUMENTACIÓ INICIAL I PRESENTAR ABANS DEL 30 DE SETEMBRE.\*  
PARA ADJUNTAR POR TRIPLICADO A LA DOCUMENTACIÓN INICIAL Y PRESENTAR ANTES DEL 30 DE SEPTIEMBRE

LOCALITAT / LOCALIDAD  NÚM. EXPEDIENT / Nº EXPEDIENTE

**A DADES DEL PROGRAMA / DATOS DEL PROGRAMA**

DENOMINACIÓ DEL PROGRAMA / DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA \*\*

MODALITAT / MODALIDAD:

Aula  1r  2n  Aula polivalent  1r  2n  
*Aula polivalente*

Taller  Taller polivalent  1r  2n  Especial  1r  2n  
*Taller polivalente*

ENTITAT PROMOTORA / ENTIDAD PROMOTORA

CODI DE CENTRE / CÓDIGO DE CENTRO

COORDINADOR PROGRAMA

TELÈFON LOCALITZACIÓ / TELÉFONO LOCALIZACIÓN

CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

FAX

**UBICACIÓ DEL PROGRAMA / UBICACIÓN DEL PROGRAMA**

CLASSES TEÒRIQUES / CLASES TEÓRICAS

DOMICILI / DOMICILIO

LOCALITAT / LOCALIDAD

C.POSTAL

TELÈFON / TELÉFONO

FAX

CLASSES PRÀCTIQUES / CLASES PRÁCTICAS

DOMICILI / DOMICILIO

LOCALITAT / LOCALIDAD

C.POSTAL

TELÈFON / TELÉFONO

FAX

(ADJUNTEU PLÀNOL DE LA LOCALITAT I LA SITUACIÓ DE LES INSTAL·LACIONS)  
(ADJUNTAR PLANO DE LA LOCALIDAD CON LA SITUACIÓN DE LAS INSTALACIONES)

**B DOCUMENTACIÓ INICIAL ADJUNTADA / DOCUMENTACIÓN INICIAL ADJUNTADA  
(APARTAT 12 ORDE DE BASES / APARTADO 12 ORDEN DE BASES)**

1. Assegurança d'accidents i de responsabilitat civil i rebut de pagament en els termes que indica l'apartat 12 de l'Orde de bases.  
*Seguro de accidentes y de responsabilidad civil y recibo de pago en los términos que indica el apartado 12 de la Orden de bases.*
2. Certificat acreditatiu de minusvalidesa (si cal) i informe psicopedagògic / *Certificado acreditativo de minusvalía (si procede) e informe psicopedagógico.*
3. Documentació acreditativa de la titulació i/o experiència professional de l'equip docent / *Documentación acreditativa de la titulación y/o experiencia profesional del equipo docente.*
4. Fotocòpies compulsades d'aval bancari i de la corresponent carta de pagament de fiança (ST d'Hisenda). (Només per a entitats sense ànim de lucre que elegiren 40% de subvenció abans de la justificació).  
*Fotocopias compulsadas de aval bancario y de la correspondiente carta de pago de fianza (ST de Hacienda). (Sólo para entidades sin ánimo de lucro que eligieron 40% de subvención previamente a la justificación).*
5. Escrit notificació en què s'especifique que l'entitat sense ànim de lucre avança els diners, justificant la despesa abans del 7 de gener.  
*Escrito notificación en el que se especifique que la entidad sin ánimo de lucro anticipa el dinero, justificando el gasto antes del 7 de enero.*
6. Fitxa d'estadística (annex V) / *Ficha de estadística (anexo V).*

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El representant de l'entitat / El representante de la entidad

\* Presenteu còpies només del present ANNEX. No de la documentació adjunta. / *Presentar copias solo del presente ANEXO. No de la documentación adjunta.*

\*\* Segons resolució d'aprovació / *Según resolución de aprobación.*

PER A ADJUNTAR PER TRIPLICAT A LA DOCUMENTACIÓ INICIAL I PRESENTAR ABANS DEL 30 DE SETEMBRE.\*  
PARA ADJUNTAR POR TRIPLICADO A LA DOCUMENTACIÓN INICIAL Y PRESENTAR ANTES DEL 30 DE SEPTIEMBRE

LOCALITAT / LOCALIDAD  NÚM. EXPEDIENT / Nº EXPEDIENTE

**A DADES DEL PROGRAMA / DATOS DEL PROGRAMA**

DENOMINACIÓ DEL PROGRAMA / DENOMINACIÓN DEL PROGRAMA \*\*

MODALITAT / MODALIDAD:

 Aula  1r  2n  Aula polivalent  1r  2n  
*Aula polivalente*
 Taller  Taller polivalent  1r  2n  Especial  1r  2n  
*Taller polivalente*

ENTITAT PROMOTORA / ENTIDAD PROMOTORA

CODI DE CENTRE / CÓDIGO DE CENTRO

COORDINADOR PROGRAMA

TELÈFON LOCALITZACIÓ / TELÉFONO LOCALIZACIÓN

CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

FAX

**UBICACIÓ DEL PROGRAMA / UBICACIÓN DEL PROGRAMA**

CLASSES TEÒRIQUES / CLASES TEÓRICAS

DOMICILI / DOMICILIO

LOCALITAT / LOCALIDAD

C.POSTAL

TELÈFON / TELÉFONO

FAX

CLASSES PRÀCTIQUES / CLASES PRÁCTICAS

DOMICILI / DOMICILIO

LOCALITAT / LOCALIDAD

C.POSTAL

TELÈFON / TELÉFONO

FAX

 (ADJUNTEU PLÀNOL DE LA LOCALITAT I LA SITUACIÓ DE LES INSTAL·LACIONS)  
 (ADJUNTAR PLANO DE LA LOCALIDAD CON LA SITUACIÓN DE LAS INSTALACIONES)

**B DOCUMENTACIÓ INICIAL ADJUNTADA / DOCUMENTACIÓN INICIAL ADJUNTADA  
(APARTAT 12 ORDE DE BASES / APARTADO 12 ORDEN DE BASES)**

1. Assegurança d'accidents i de responsabilitat civil i rebut de pagament en els termes que indica l'apartat 12 de l'Orde de bases.  
*Seguro de accidentes y de responsabilidad civil y recibo de pago en los términos que indica el apartado 12 de la Orden de bases.*
2. Certificat acreditatiu de minusvalidesa (si cal) i informe psicopedagògic / *Certificado acreditativo de minusvalía (si procede) e informe psicopedagógico.*
3. Documentació acreditativa de la titulació i/o experiència professional de l'equip docent / *Documentación acreditativa de la titulación y/o experiencia profesional del equipo docente.*
4. Fotocòpies compulsades d'aval bancari i de la corresponent carta de pagament de fiança (ST d'Hisenda). (Només per a entitats sense ànim de lucre que elegiren 40% de subvenció abans de la justificació).  
*Fotocopias compulsadas de aval bancario y de la correspondiente carta de pago de fianza (ST de Hacienda). (Sólo para entidades sin ánimo de lucro que eligieron 40% de subvención previamente a la justificación).*
5. Escrit notificació en què s'especifique que l'entitat sense ànim de lucre avança els diners, justificant la despesa abans del 7 de gener.  
*Escrito notificación en el que se especifique que la entidad sin ánimo de lucro anticipa el dinero, justificando el gasto antes del 7 de enero.*
6. Fitxa d'estadística (annex V) / *Ficha de estadística (anexo V).*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

El representant de l'entitat / El representante de la entidad

 \* Presenteu còpies només del present ANNEX. No de la documentació adjunta. / *Presentar copias solo del presente ANEXO. No de la documentación adjunta.*

 \*\* Segons resolució d'aprovació / *Según resolución de aprobación.*

**C EQUIP DOCENT / EQUIPO DOCENTE**

## 1. A CÀRREC DEL PRESSUPOST DEL PQPI / A CARGO DEL PRESUPUESTO DEL PQPI

NÚM. Nº	COGNOMS I NOM APELLIDOS Y NOMBRE	DNI	QUALIFICACIÓ * CUALIFICACIÓN	ÀREA / ACTIVITATS ÁREA / ACTIVIDADES	HORES / SETMANA HORAS / SEMANA

\* Adjunteu documentació acreditativa.  
Adjuntar documentación acreditativa.

## 2. COORDINACIÓ DOCENT (Dies a la setmana, quinzena per a dur a terme la coordinació) / COORDINACIÓN DOCENTE (Días a la semana, quincena para llevar a cabo la coordinación)

--

**D HORARI / HORARIO**

	Dilluns / Lunes	Dimarts / Martes	Dimecres / Miércoles	Dijous / Jueves	Divendres / Viernes

**E CALENDARI (per a l'acompliment d'horari) INDIQUEU EL PERÍODE DE PRÀCTIQUES  
CALENDARIO (para el cumplimiento de horario) INDICAR EL PERIODO DE PRÁCTICAS**

MES	SETEMBRE SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVEMBRE NOVIEMBRE	DESEMBRE DICIEMBRE	GENER ENERO	FEBRER FEBRERO	MARÇ MARZO	ABRIL	MAIG MAYO	JUNY JUNIO

**C EQUIP DOCENT / EQUIPO DOCENTE**

## 1. A CÀRREC DEL PRESSUPOST DEL PQPI / A CARGO DEL PRESUPUESTO DEL PQPI

NÚM. Nº	COGNOMS I NOM APELLIDOS Y NOMBRE	DNI	QUALIFICACIÓ * CUALIFICACIÓN	ÀREA / ACTIVITATS ÁREA / ACTIVIDADES	HORES / SETMANA HORAS / SEMANA

\* Adjunteu documentació acreditativa.  
Adjuntar documentación acreditativa.

## 2. COORDINACIÓ DOCENT (Dies a la setmana, quinzena per a dur a terme la coordinació) / COORDINACIÓN DOCENTE (Días a la semana, quincena para llevar a cabo la coordinación)

--

**D HORARI / HORARIO**

	Dilluns / Lunes	Dimarts / Martes	Dimecres / Miércoles	Dijous / Jueves	Divendres / Viernes

**E CALENDARI (per a l'acompliment d'horari) INDIQUEU EL PERÍODE DE PRÀCTIQUES  
CALENDARIO (para el cumplimiento de horario) INDICAR EL PERIODO DE PRÁCTICAS**

MES	SETEMBRE SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVEMBRE NOVIEMBRE	DESEMBRE DICIEMBRE	GENER ENERO	FEBRER FEBRERO	MARÇ MARZO	ABRIL	MAIG MAYO	JUNY JUNIO



