

AL SERVICIO CANARIO DE EMPLEO – SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN

DECLARACIÓN DE REALIZACIÓN DE ACCIÓN FORMATIVA DURANTE EL ESTADO DE ALARMA 2020

D/Dña		DNI/NIE
Teléfono:	Email	
Alumno/a del curso (nº y nombre)		
Impartido por la Entidad:		
Fecha de inicio del curso:		

DECLARA QUE:

• Ha aceptado continuar la acción formativa desde su domicilio.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• El centro de formación ha puesto a su disposición los medios para poder realizarlo.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Ha sido atendido eficaz y puntualmente a través del teléfono y email facilitados por el centro, resolviendo sus dudas y consultas.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Se han impartido todos los contenidos programados.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• El centro de formación le ha facilitado un calendario de horas de refuerzo para los contenidos no adquiridos en su caso.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	NO PROCEDE <input type="checkbox"/>	

Avda. Dr. de la Rosa Perdomo, 2; 38010 - Santa Cruz de Tenerife
 C/ Cruceña Arbelo Cruz, s/n; 35014 - Las Palmas de Gran Canaria
www.gobiernodecanarias.org/empleo see@gobiernodecanarias.org

En

a

Firmado,

DECLARACIÓN DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES EN LAS ACCIONES FORMATIVAS

