XUNTA DE GALICIA | CENTRO INTEGRADO DE FORMACIÓN PROFESIONAL A FARIXA

Farixa

CIFP Centros Integrados Formación Profesional

COMISIÓN DE SERVIZO DE SEGUIMENTO DA FCT

CICLO:	**Cod:**	**Período de realización da FCT:** /
TITOR/A:		

DESPRAZAMENTOS		ASINADO E CARIMBO EMPRESA	GASTOS DE VIAXE		AUTORIZACIÓN SAÍDA (sinatura)
			Conceptos	Importe	
Data: / /	**Motivo:**		**Km:**		
Empresa/s visitada/s	**Localidade/s**		**Peaxes(*):**		
			Parking(*):		
			Outros(*):		
			TOTAL:		
Data: / /	**Motivo:**		**Km:**		
Empresa/s visitada/s	**Localidade/s**		**Peaxes(*):**		
			Parking(*):		
			Outros(*):		
			TOTAL:		
Data: / /	**Motivo:**		**Km:**		
Empresa/s visitada/s	**Localidade/s**		**Peaxes(*):**		
			Parking(*):		
			Outros(*):		
			TOTAL:		

(*) so co aporte dalgún xustificante: tickets, facturas, etc

XUSTIFICACIÓN DE REALIZACIÓN E DE GASTOS SOPORTADOS

Declaro baixo a miña responsabilidade, que os gastos contidos son certos

O/a titor/a

Asdo.:

Ourense, a ___ , de _____ de 20__

Vº e prace
O director

Xefa Departamento FCT

Asdo.: José Manuel Paredes González

Ourense, a ___ , de _____ de 20__

Asdo.: Iría Fírvida Plaza

Xacobeo 21·22

UNIÓN EUROPEA

Fondo Social Europeo Cofinanciado por el programa Erasmus + de la Unión Europea