Instituto para a Qualificação

Logótipo da entidade

(IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE FORMADORA)

ANEXO 5
FICHA MENSAL DE ASSIDUIDADE

FORMAÇÃO EM CONTEXTO DE TRABALHO (FCT)

IDENTIFICAÇÃO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO

Designação do itinerário: **N.º:**

Modalidade de Formação: ☐ Aprendizagem ☐ CEF ☐ CET ☐ EFA ☐ Formação Modular

IDENTIFICAÇÃO DO FORMANDO

Nome: **Idade:**

Telefone/Telemóvel: **E-mail:**

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE DE APOIO Á ALTERNÂNCIA / ENTIDADE ENQUADRADORA DE FCT

Designação:

Local de realização da FCT:

Tutor:

Telefone/Telemóvel: **E-mail:**

MÊS _____

Dias[2]	Presenças (horas)		Breve descrição das tarefas	Faltas		Rubrica Formando(a)	Rubrica Tutor(a)
				Com documento justificativo			
	Entrada	Saída		Sim	Não		
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							

_____, _____de _____de _____

Assinatura do(a) tutor(a) e carimbo da entidade enquadradora