**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DEL MFCT**

**EN PERÍODOS U HORARIOS NO HABITURALES, O EN DÍAS NO LECTIVOS**

|  |  |
| --- | --- |
| Centro Educativo: |  |
| Código de Centro: |  |
| Director(a) |  |
| No. de Cédula |  |
| Dirección: |  |

**Estudiantes**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y apellidos | No. de Cédula | Título | Fecha Inicio | Fecha fin | Horario | Centro de trabajo |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, encargado de vinculación sectorial del Centro Educativo indicado, solicita autorización para que los estudiantes identificados, puedan realizar el Módulo de Formación en Centros de Trabajo (MFCT) relativos al año escolar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, en el período, empresas, localidades y horario establecidos.

Justificaciones:

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

día año mes

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de aprobación por el Director(a) de Centro Educativo