GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN Dirección General de Inclusión

Educativa y Ordenación

# Registro mensual de asistencia PROGRAMA DE AUXILIARES DE CONVERSACIÓN

**CUPO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS CURSO 20.. -20..**

Enviar una copia firmada y sellada, en formato PDF, a idiomas@educastur.org **entre el 20 y el 25 de cada mes (mayo entre el 15 y el 20)**.

En …………………… a …… de …………………… de 20......

**MES:**

|  |
| --- |
| **AUXILIAR** |
| **APELLIDO(S):** |  |
| **NOMBRE(S):** |  |
| **HORARIO:** | **7 horas/semana** | **14 horas/semana** |

|  |
| --- |
| **En caso de renuncia consigne la fecha:** |

|  |
| --- |
| **CENTRO** |
| **NOMBRE DEL CENTRO:** |  |
| **CÓDIGO DEL CENTRO:** |  |
| **DIRECTOR/A:** |  |
| **TELÉFONO:** |  |

Firma del Director/a y sello del centro

Servicio de Ordenación Académica y Evaluación Educativa