



ANEXO V

ACTIVIDAD FORMATIVA: OBSERVA_ACCIÓN (FORMACIÓN ENTRE CENTROS - **CENTRO A CENTRO**)

Centro 1 (Código y nombre): _____

Miembro del equipo directivo:

Cargo	
Nombre	
Apellidos	
NIF	
Correo electrónico "educa"	

Coordinador de formación, calidad e innovación o del Programa de Educación Responsable:

Nombre	
Apellidos	
NIF	
Correo electrónico "educa"	

Participantes:

Nombre	Apellidos	NIF	Correo electrónico "educa"

Indique la opción de participación que prefiere

- Provincial (**Obligatorio presentar al menos un segundo centro**)
- Interprovincial
- Interautonómica con Galicia (**Inscripción individual**)
- Interautonómica con Murcia (**Centros del programa Ed. responsable, Inscripción individual**)
- Interautonómica con Cantabria (**Centros del programa Ed. responsable, Inscripción individual**)
- INNOVA CFIE (Sólo para CFIE de Castilla y León)

Lugar y fecha:

V.B. del director/a

Al firmar el presente documento declaro que he sido informado de la participación de los docente en la convocatoria del Proyecto de Innovación Educativa Observa_Acción, y que estoy de acuerdo en su participación y en la entrada en mi centro de docentes de otros centros educativos.



ANEXO V
ACTIVIDAD FORMATIVA: OBSERVA_ACCIÓN
(FORMACIÓN ENTRE CENTROS - CENTRO A CENTRO)

Centro 2(Código y nombre): _____

Miembro del equipo directivo:

Cargo	
Nombre	
Apellidos	
NIF	
Correo electrónico "educa"	

Coordinador de formación, calidad e innovación:

Nombre	
Apellidos	
NIF	
Correo electrónico "educa"	

Participantes:

Nombre	Apellidos	NIF	Correo electrónico "educa"

Lugar y fecha:

V.B. del director/a

Al firmar el presente documento declaro que he sido informado de la participación de los docente en la convocatoria del Proyecto de Innovación Educativa Observa_Acción, y que estoy de acuerdo en su participación y en la entrada en mi centro de docentes de otros centros educativos.

Fdo.:



ANEXO V
ACTIVIDAD FORMATIVA: OBSERVA_ACCIÓN
(FORMACIÓN ENTRE CENTROS - CENTRO A CENTRO)

Centro 3(Código y nombre): _____

Miembro del equipo directivo:

Cargo	
Nombre	
Apellidos	
NIF	
Correo electrónico "educa"	

Coordinador de formación, calidad e innovación:

Nombre	
Apellidos	
NIF	
Correo electrónico "educa"	

Participantes:

Nombre	Apellidos	NIF	Correo electrónico "educa"

Lugar y fecha:

V.B. del director/a

Al firmar el presente documento declaro que he sido informado de la participación de los docente en la convocatoria del Proyecto de Innovación Educativa Observa_Acción, y que estoy de acuerdo en su participación y en la entrada en mi centro de docentes de otros centros educativos.

Fdo.: