



**ACTA DE AVALIACIÓN DO PROFESORADO PARTICIPANTE NO PROGRAMA DE  
 APRENDIZAXE PERMANENTE “ASOCIACIÓNS ESCOLARES COMENIUS MULTILATERAIS”**

D/Dona.....

Director/a do centro escolar.....

Localidade.....

Título do proxecto.....

Desenvolvido desde o ( curso/s da certificación ) ...../...../..... ata o ...../...../.....

**CERTIFICA:**

Que o profesorado que se relaciona, participou no devandito proxecto, feito que fago constar co fin de que se lle expida o correspondente certificado (50 horas para o/a profesor/a coordinador/a do centro coordinador; 45 horas para o/a profesor/a coordinador/a do centro asociado; 35 horas para o profesorado colaborador).

APELIDOS E NOME	DNI	TÍTULO PROXECTO	PAÍS	FUNCIÓN	HORAS

Feito que fago constar co fin de que se lle expida o correspondente certificado.

....., a.....de.....de .....

O/a Director/a do centro

Asdo.: .....