**ANEXO II**

**RELACIÓN DE PROFESORADO Y/O PROFESIONALES PARTICIPANTES EN PROYECTOS ERASMUS + KA1 Y KA2**

 **Centro:**  **Nº de proyecto:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos** | **N.I.F** | **Área que imparte o sector profesional** | **Actividad relacionada con el proyecto1** | **Año de participación** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 Firma del Director/a del centro y sello:

 [nombre/apellidos ]

 En [lugar], [fecha]

1 ACTIVIDAD RELACIONADA CON EL PROYECTO:

Consigne el número correspondiente a la actividad realizada:

|  |
| --- |
| Actividad  |
| 1 | KA1-Coordinador de un proyecto de movilidad de hasta 10 movilidades |
| 2 | KA1-Coordinador de un proyecto de movilidad de más de 10 movilidades |
| 3 | KA1-Coordinador de un consorcio de hasta 10 movilidades  |
| 4 | KA1 – Coordinador de un consorcio de más de 10 movilidades |
| 5 | KA1 – Coordinador en socio de un consorcio de hasta 10 movilidades |
| 6 | KA1 – Coordinador en socio de un consorcio de más de 10 movilidades |
| 7 | KA1 – Formación - curso estructurado |
| 8 | KA1 – Formación - periodo de observación y otras actividades |
| 9 | KA1 – Docencia (mínimo de 8 horas, se tiene en cuenta tiempo de preparación. Con plan de trabajo previo detallado y certificación final) |
| 10 | KA1 – Profesorado participante en la gestión/seguimiento/difusión del proyecto |
| 11 | KA2- Coordinador de una Asociación estratégica |
| 12 | KA2- Coordinador en la institución española socia |
| 13 | KA2- Participante en la institución española |

**ANEXO III**

**RELACIÓN DE COPIAS DE CERTIFICADOS DE ASISTENCIA Y PROGRAMAS DE ACTIVIDADES DE PROYECTOS ERASMUS + KA1**

 **Centro:**  **Nº de proyecto:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre y apellidos del participante** | **Tipo de actividad 1**  | **Título de la actividad (si procede)** | **Fechas de realización** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

1 Tipo de actividad: Curso estructurado / Período de observación/ Docencia

 Firma del Director/a del centro y sello:

 [nombre/apellidos ]

 En [lugar], [fecha]