CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO. PROGRAMA FORMATIVO (Hoja 4 de 10)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| CENTRO DOCENTE:  PROFESOR/PROFESORA REPONSABLE DEL SEGUIMIENTO:  ALUMNO/ALUMNA: | | CENTRO DE TRABAJO COLABORADOR:  TUTOR / TUTORA DEL CENTRO DE TRABAJO:  PERÍODO DE REALIZACIÓN DE LA FCT  🞏 PRIMER TRIMESTRE 🞏 SEGUNDO TRIMESTRE ⌧ TERCER TRIMESTRE | |
| CURSO ESCOLAR:  FAMILIA PROFESIONAL: **SANIDAD** CICLO FORMATIVO: **EMERGENCIAS SANITARIAS** GRADO: **MEDIO** | | | |
| RESULTADOS DE APRENDIZAJE | ACTIVIDADES FORMATIVO- PRODUCTIVAS | | CRITERIOS DE EVALUACIÓN |
| Realiza operaciones de mantenimiento preventivo del vehículo y de su dotación material, reconociendo los elementos mecánicos, eléctricos y de seguridad, y describiendo las fases del chequeo según el protocolo establecido | * Chequear los elementos mecánicos, eléctricos y de seguridad del vehículo según la hoja de revisión diaria | | Se han reconocido los elementos mecánicos, eléctricos y de seguridad que hay que revisar por turno de trabajo para mantener la operatividad del vehículo.  Se ha efectuado según orden establecido la revisión de los elementos mecánicos, eléctricos y de seguridad del vehículo.  Se ha efectuado la verificación y reposición de los niveles de fluidos del vehículo.  Se ha efectuado cambios de ruedas.  Se han adoptado las medidas estipuladas relativas a la prevención de riesgos, protección y seguridad e higiene en el desarrollo de las fases de verificación de la operatividad del vehículo.  Se han identificado los factores que determinan la calidad de prestación del servicio y las desviaciones en los requisitos y especificaciones de garantía de calidad.  Se ha cumplimentado el formulario de revisión diaria. |

En  **a** de de

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EL/LA PROFESOR/A RESPONSABLE DEL SEGUIMIENTO | EL/LA JEFE/A DEL DEPARTAMENTO DE FAMILIA PROFESIONAL | EL/LA RESPONSABLE DEL CENTRO DE TRABAJO |
| Fdo: | Fdo: | Fdo: |