

**GESTIÓN DE DISPOSITIVOS AFD
(Asistente a la Función Docente)**

Código de Centro:

Nombre del Centro:

Localidad:

Número de AFD entregados al Centro:

Número de Profesores del Centro (en la fecha):

NECESIDAD DE INCREMENTO NÚMERO DE AFD

Ampliación necesaria, nº:

Justificación:

Fecha:

Firmado:

Director/a del Centro

El centro deberá remitir este documento a la Dirección de Área Territorial. Fax:* _____

VºBº

Dirección de Área Territorial

Fecha: _____

Desde la Dirección de Área Territorial, una vez visado, este documento se remitirá a ICM, Fax: 91 580 50 34 -Equipo SICE + AFD