**DEPARTAMENTO:**

**FECHA:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MÓDULO** |  | **CICLO/GRUPO** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ¿Se presenta prueba tipo? | SI | NO |
| ¿Se presentan criterios y/o plantilla de corrección | SI | NO |
| ¿Se presenta ejercicio realizado por un alumno/a del grupo  | SI | NO |

(Táchese lo que proceda)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **PROFESORES/AS QUE CALIBRAN** | **CALIFICACIONES** |
| **Profesor/a 1****(titular del examen)** |  |  |
| **Profesor/a 2** |  |  |
| **Profesor/a 3** |  |  |
| **Profesor/a 4** |  |  |
| **Profesor/a 5** |  |  |
|  | **NOTA MEDIA (de los profesores)** |  |
| **CALIBRACIÓN CONFORME** | SI | NO |

(Táchese lo que proceda)

**FIRMA DEL JEFE/A DEPARTAMENTO:**

|  |
| --- |
| **CAUSA DE LA DESVIACIÓN (Si la calibración no es conforme)** |
| **ACCIONES REPARADORAS DEL DEPARTAMENTO (en caso de desviación)** |
| **Acción** | **Responsable** | **Plazo** |
|  |  |  |