

CONTROL DE ASISTENCIA

OPCIÓN A	EMPRESA BONIFICADA: _____	CIF.: _____
OPCIÓN B	GRUPO EMPRESARIAL: _____	CIF.: _____
	AGRUPACIÓN: _____	
OPCIÓN C	ENTIDAD ORGANIZADORA: _____	CIF.: _____
	AGRUPACIÓN: _____	

(Se seleccionará uno de los apartados anteriores dependiendo del perfil con el que se haya accedido al Sistema telemático de Formación Programada por las Empresas)

DENOMINACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA: _____
Nº: _____ GRUPO: _____ FECHA DE INICIO: ____/____/____ FECHA FIN: ____/____/____
FORMADOR/RESPONSABLE DE FORMACIÓN: _____
SESIÓN Nº: ____ FECHA: __/__/__ MAÑANA/TARDE: _____ HORARIO: DE ____:____ A ____:____
Firmado: (Formador/Resp. Formación)

DATOS DE LOS ASISTENTES			FIRMAS	OBSERVACIONES
APELLIDOS	NOMBRE	N.I.F.		
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

OBSERVACIONES GENERALES:

DATOS DE LOS ASISTENTES			FIRMAS	OBSERVACIONES
APELLIDOS	NOMBRE	N.I.F.		
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				

OBSERVACIONES GENERALES: