



CONTROL DE ASISTENCIA



OPCIÓN A	EMPRESA BONIFICADA: _____	CIF.: _____
OPCIÓN B	ENTIDAD ORGANIZADORA: _____	CIF.: _____
	CÓDIGO DE AGRUPACIÓN: _____	

(Se seleccionará uno de los apartados anteriores dependiendo del perfil con el que se haya accedido al Sistema telemático de Gestión de Acciones Formativas en 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: