

CONTROL DE ASISTENCIA

Entidad Organizadora: INFOCENTRO CEI S.L. C.I.F.: B04540225

DENOMINACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA:

Nº: GRUPO: FECHA DE INICIO: FECHA FIN:

FORMADOR/RESPONSABLE DE FORMACIÓN:

SESIÓN Nº: ____ FECHA: MAÑANA/TARDE HORARIO:

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.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				