

Formación **Activa**

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: