



CONTROL DE ASISTENCIA

NºAUFF: **GRUPO:**
FECHA DE INICIO: **FECHA DE FIN:**

FORMADOR/RESPONSABLE DE FORMACION:

SESION Nº: **FECHA:** **MAÑANA/TARDE (M/T):**
HORARIO:

Firmado:
(Formador/Resp. Formación)

DATOS DE LOS ASISTENTES

[illegible]