

CONVOCATORIA 2024 PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE ÁMBITO ESTATAL

S-30: CONTROL DE ASISTENCIA

Nº EXPEDIENTE: F25 _____ ENTIDAD SOLICITANTE: _____ N.I.F.: _____

DENOMINACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA: _____

Nº AF: _____ Nº GRUPO: _____ FECHA DE INICIO: ____/____/____ FECHA FIN: ____/____/____

FORMADOR/RESPONSABLE DE FORMACIÓN: _____

SESIÓN Nº: _____ FECHA: ____/____/____ MAÑANA: _____ HORARIO: de ____:____ a ____:____

FIRMADO: _____ TARDE: _____ HORARIO: de ____:____ a ____:____

Señale el cargo del firmante: ☐ Formador ☐ Responsable de formación ☐ Otro Responsable (especificar) _____

DATOS DE LOS ASISTENTES				FIRMAS	OBSERVACIONES
APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE	NIF		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

OBSERVACIONES GENERALES:

Importante: Para que este documento sea válido, deberá tener cumplimentados todos los datos de la cabecera, de los participantes con sus correspondientes firmas, así como la del responsable del S-30.

CONVOCATORIA 2024 PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE ÁMBITO ESTATAL

S-30: CONTROL DE ASISTENCIA

Nº EXPEDIENTE: F25_____	ENTIDAD SOLICITANTE: _____	N.I.F.: _____
Nº AF: _____	Nº GRUPO: _____	

DATOS DE LOS ASISTENTES				FIRMAS	OBSERVACIONES
APELLIDO 1	APELLIDO 2	NOMBRE	NIF		
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					

OBSERVACIONES GENERALES:

Importante: Para que este documento sea válido, deberá tener cumplimentados todos los datos de la cabecera, de los participantes con sus correspondientes firmas, así como la del responsable del S-30.