

CONTROL DE ASISTENCIA

ENTIDAD ORGANIZADORA: \${nombre_ee} **CIF.:** \${cif_ee}
AGRUPACIÓN: \${codigo_agrupacion_ft} - \${nombre_agrupacion_ft}
EMPRESA: \${nombre_fiscal} **CIF.:** \${cif}

DENOMINACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA: \${denominacion}
Nº AAFF: \${accion_formativa} **GRUPO:** \${grupo_formativo} **FECHA DE INICIO:** \${fecha_inicio} **FECHA FIN:** \${fecha_fin}
FORMADOR/RESPONSABLE DE FORMACIÓN: \${tutores}
Firmado:
 (Formador/Resp. Formación)

PARTICIPANTE: \${apellidos_participante}, \${nombre_participante}
NIF/NIE: \${nif}

DATOS DE LAS SESIONES PRESENCIALES					
	Fecha sesión	Hora inicio	Hora fin	FIRMA	OBSERVACIONES
\${c} ont ado r_se sion }	\${fecha_sesion}	\${hora_inicio_sesion}	\${hora_fin_sesion}		