

CONTROL DE ASISTENCIA

EMPRESA BONIFICADA: \${nombre_eb} CIF.: \${cif_eb}

DENOMINACIÓN DE LA ACCIÓN FORMATIVA: \${denominacion}
 N° AAF: \${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}		