



PONER LOGOS FINANCIADORES



DOCUMENTO DE CONTROL DE ASISTENCIA

Título de la formación:

Lugar:

Fecha:
Horario:

Nº	NOMBRE	APELLIDOS	DÍA y MES	DÍA y MES	DÍA y MES
1					
2					
3					
4					

Nº	NOMBRE	APELLIDOS	DÍA y MES	DÍA y MES	DÍA y MES
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Nº	NOMBRE	APELLIDOS	DÍA y MES	DÍA y MES	DÍA y MES
11					
12					
13					
14					
15					