

CONTROL DE ASISTENCIA DE ALUMNOS/AS DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN EN ALTERNANCIA CON EL EMPLEO DE INNOVACIÓN Y TALENTO

Denominación Proyecto:	Nº Exp.:
Denominación Centro o Entidad de Formación:	Localidad:
Semana del / / al / /	Control de asistencia semana nº:

D.N.I	APELLIDOS Y NOMBRE	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO	FALTA J/N.J (1)	TOTAL DE HORAS ACUMULADAS	Nº FALTAS ACUMULADAS NO JUSTIFICADAS	OBSERVACIONES
		H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:				
		H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:				
		H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:	H.I.: H.F.:				

El Tutor/a de hqto celop Fdo.:	VºBº del responsable de la empresa Fdo.:
---------------------------------------	---

NOTA: (1) Se debe anotar si la falta es justificada (J) o no justificada (N.J) En caso de falta justificada se adjuntará justificante //(2) Se hará constar cualquier incidencia por la que el/la alumno/a tenga que ausentarse. / H.I.: Hora Inicio. H.F.: Hora Fin
 NOTA (2) Se deberá rellenar uno por el CENTRO DE FORMACIÓN cuando esté en formación y otro por la EMPRESA cuando esté en trabajo efectivo.