SISTEMAS PREVENTIVOS SP

HOJA DE ASISTENCIA

EMPRESA: FECHA:

CURSO: HORARIO:

NOMBRE:	APELLIDOS:	DNI:	FIRMA: *El día del curso

CUMPLIMENTAR CON LETRA CLARA Y EN MAYÚSCULAS.
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

FDO. TÉCNICO DOCENTE

☐ *** SOLICITO QUE REALICEN EL CURSO EN LAS INSTALACIONES DE NUESTRA EMPRESA