

**i.e.s. sta. Barbara-**

**dep. sanitaria CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN**

C.F.G.M. “TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA” CURSO: 2º, GRUPO: **……**

CONTROL DE ASISTENCIA DEL MÓDULO1: “FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO”.

Apellidos: **………………………………………………………………………………………………………………………**

Nombre: **…………………………………………………………………………………………………………………………**

Periodo: …………………………………………………………………………………………..

Centro de realización del Módulo: **……………………………………………………………………………………………..**

**FECHA:**

**SERVICIO:**

**FIRMA:**

***POR FAVOR HACER CONSTAR EL NOMBRE Y APELLIDOS*** *ADEMÁS DE LA FIRMA, MUCHAS GRACIAS.*

Avda. de Europa, 128

: 951 29 84 34 (*Corp*.: 90 34 34) Fax: 951 29 84 38 (*Corp*.: 90 34 38

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

C.F.G.M. “TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA” CURSO: 2º, GRUPO: **……**

CONTROL DE ASISTENCIA DEL MÓDULO1: “FORMACIÓN EN CENTROS DE TRABAJO”.

Apellidos: **………………………………………………………………………………………………………………………**

Nombre: **…………………………………………………………………………………………………………………………**

Periodo: …………………………………………………………………………………………..

Centro de realización del Módulo: **……………………………………………………………………………………………..**

**FECHA:**

**SERVICIO:**

**FIRMA:**

***POR FAVOR HACER CONSTAR EL NOMBRE Y APELLIDOS*** *ADEMÁS DE LA FIRMA, MUCHAS GRACIAS.*

Avda. de Europa, 128

: 951 29 84 34 (*Corp*.: 90 34 34) Fax: 951 29 84 38 (*Corp*.: 90 34 38)

I.E.S. “STA. BÁRBARA”. CONTROL DE ASISTENCIA DEL MÓDULO DE F.C.T. DEL C.F.G.M. “TÉCNICO EN CUIDADOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA”