



CONTROL DE ASISTENCIA

ALUMNO/A:.....

UNIDAD:.....TUTOR/A:

Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Horas
1ª								
2ª								
3ª								
4ª								
5ª								
6ª								
7ª								

Especifique el turno y nº de horas de cada día

OBSERVACIONES:

VºBº Profesor/a Asociado/a

Nota: En cada uno de los cuadros deberá figurar fecha, turno y firma del Tutor de Prácticas o Supervisor/a. Calcular horas al final de la semana.