



### CONTROL DE ASISTENCIA

ALUMNO/A:.....

UNIDAD:.....TUTOR/A: .....

Fecha de..... hasta.....

Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Horas
1 <sup>a</sup>								
2 <sup>a</sup>								
3 <sup>a</sup>								
4 <sup>a</sup>								



Semana	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	Horas
5 <sup>a</sup>								
6 <sup>a</sup>								
7 <sup>a</sup>								

OBSERVACIONES:

V<sup>o</sup>B<sup>o</sup> Profesor/a Asociado/a