

CONTROL DE ASISTENCIA DE PARTICIPANTES A EVENTOS ACADEMICOS

DEPARTAMENTO ASISTENCIAL: DEPARTAMENTO DE MEDICINA

FECHA: / /24

PERSONAL A CARGO:

NOMBRE DEL EVENTO:

N° DE ORDEN	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESION/ OCUPACION/ CONDICION	DNI	CORREO	TELEFONO	CONDICION LABORAL	HORA DE ENTRADA	FIRMA	HORA DE SALIDA	FIRMA	OBSERVACIONES
01											
02											
03											
04											
05											
06											
07											
08											
09											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											

JEFATURA DE MEDICINA

N° DE ORDEN	APELLIDOS Y NOMBRES	PROFESION/ OCUPACION/ CONDICION	DNI	CORREO	TELEFONO	CONDICION LABORAL	HORA DE ENTRADA	FIRMA	HORA DE SALIDA	FIRMA	OBSERVACIONES
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
32											
33											
34											
35											
36											
37											
38											
39											
40											
41											
42											
43											
44											

JEFATURA DE MEDICINA