**Formato de asistencia de beneficiarios/as de capacitación**

Datos del/de la beneficiario/a

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos y nombres: |  |
| Puesto: |  |
| Órgano o Unidad Orgánica:  |  |

Datos de la Capacitación:

|  |  |
| --- | --- |
| Tipo de Capacitación: |  Formación Laboral ( ) Formación Profesional ( ) |
| Acción de Capacitación:*(Detallar según lo establecido en el punto 6.1.1.1. de la Directiva)*  |  |
| Denominación de la Capacitación:  |  |
| Docente y/o Proveedor:  |  |
| Duración de la Acción de la Capacitación | Inicio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fin \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Datos de la Asistencia del Beneficiario:

|  |  |
| --- | --- |
| Total de Asistencia de la Capacitación*(Indicar en cuantas fechas se desarrollará la capacitación)*  |   |
| Máximo de Inasistencias *(Antes de la capacitación se indicará la cantidad máxima de inasistencias que puede tener el beneficiario).* |  |
| Total de asistencias del/de la beneficiario/a |  |
| Inasistencias del/de la beneficiario/a  |  Justificadas \_\_\_\_\_\_\_Injustificadas \_\_\_\_\_\_\_ |
|  Cumplió con el 100% de asistencias*(Para el conteo de las inasistencias se tomaran en cuenta únicamente las inasistencias injustificadas)* | Si ( ) No ( )  |
| Se aplica penalidad  | SI ( ) No ( )  |

VB de ORH