INSTITUTO DE EDUCACION CONTINUADA
COLEGIO DE TRABAJADORES SOCIALES DE PUERTO RICO

HOJA MODELO DE ASISTENCIA

FECHA: _____ _____**HORAS CONTACTO**

LUGAR: _____ **ACREDITADAS**

TALLER: _____

RECURSO: _____ **COSTO:** _____

NOMBRE (En letra de Molde)	FIRMA	NUM. LICENCIA	DIRECCION	INICIALES AM	INICIALES PM

NOMBRE (En letra de Molde)	FIRMA	NUM. LICENCIA	DIRECCION	INICIALES AM	INICIALES PM