Reset Form

REGISTRO DE ASISTENCIA DE IMPACT

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA LA EDUCACIÓN VOCACIONAL / CAPACITACIÓN PARA LAS HABILIDADES LABORALES

Formulario del Estado 54586 (R2 / 2-13) / IMP 0009S

Registro de asistencia para la semana: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	Fecha de vencimiento *(mes, día, año)*
Institución / instalación	Nombre del programa
Manager del Caso de IMPACT	Número de FAX

Nombre de cliente			Número del caso	RID
Mes / Año	VOCTRN ☐ / JST ☐	Total de créditos semanales del curso	Total de horas deberes (HW) semanales aconsejado / necesario	**TOTAL DE HORAS WP PROGRAMADAS SEMANALMENTE ***

* No excederse del número predeterminado de créditos del curso semanales más un máximo de una hora de hora de estudio sin supervisión (tareas) por crédito **si se le aconsejó o requirió por escrito por el instructor,** y se reflejó como horas "programadas" en las pantallas de ICES WPAS y WPSD.

ACTIVIDADES PROGRAMADAS — ***Marcar los días presentes o escribir "A" para ausente.***

CURSO	Créditos + Deberes (CR + HW)	HORA DE CLASE	Fecha / Día D	L	M	M	J	V	S	**Yo reconozco que la asistencia registrada abajo es correcta.** Firma y Título del Instructor	Fecha de la firma
1.	+										
2.	+										
3.	+										
4.	+										
5.	+										

EL TOTAL DE HORAS DE CR + HW = + **reflejadas en WPSD para la semana de *(mes, día, año)*:** _____ **son:** _____ **.**

ACTIVIDADES PROGRAMADAS — ***Marcar los días presentes o escribir "A" para ausente.***

CURSO	Créditos + Deberes (CR + HW)	HORA DE CLASE	Fecha / Día D	L	M	M	J	V	S	**Yo reconozco que la asistencia registrada abajo es correcta.** Firma y Título del Instructor	Fecha de la firma
1.	+										
2.	+										
3.	+										
4.	+										
5.	+										

EL TOTAL DE HORAS DE CR + HW = + **reflejadas en WPSD para la semana de *(mes, día, año)*:** _____ **son:** _____ **.**

Firma del cliente	Fecha de la firma *(mes, día, año)*	Revisor de IMPACT	Fecha de la revisión *(mes, día, año)*

Comentarios del Manager del Caso / revisor