



JUSTIFICANTE DE ASISTENCIA

SCG-FRM-PRO-0016-01-V.1.0

1. IDENTIFICACIÓN DEL INTERESADO

(A cumplimentar por el funcionario responsable)

Nombre:		NIF:	
---------	--	------	--

Apellidos:			
------------	--	--	--

2. UNIDAD DONDE SE HA INTERESADO SU COMPARENCIA:	Número de procedimiento:
---	--------------------------

--	--

Hora prevista para el inicio de su intervención: (en su caso, hora de la citación)		Hora de terminación:	
---	--	----------------------	--

Sello de la unidad :