**T.4 HOJA DE CONTROL DE ASISTENCIA DIARIA Y DE TAREAS SEMANALES EN EL LUGAR DE TRABAJO**

**(Resolución del Consejero de Modelo Económico, Turismo y Trabajo del 2 de junio de 2021)**

| **NOMBRE DE LA ENTIDAD** |  | **NÚM. EXP.** | **SD-** |
| --- | --- | --- | --- |
| **MES Y AÑO** |  | **DNI/NIE** |  |

| **DIA** | | **FIRMA** | **TRABAJOS REALIZADOS SEMANALMENTE** | **UBICACIÓN O LUGAR** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lunes** |  |  | ***Se deben indicar: LOS DÍAS DE ASUNTOS PROPIOS/VACACIONES/FESTIVOS/FESTIVOS LOCALES*** |  |
| **Martes** |  |  |  |  |
| **Miércoles** |  |  |  |
| **Jueves** |  |  |  |
| **Viernes** |  |  |  |
| **Sábado** |  |  |  |  |
| **Domingo** |  |  |  |  |

Se debe indicar el día del mes en la casilla correspondiente. El control de firmas se debe imprimir a DOBLE CARA

| **DIA** | | **FIRMA** | **TRABAJOS REALIZADOS SEMANALMENTE** | **UBICACIÓN O LUGAR** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lunes** |  |  |  |  |
| **Martes** |  |  |  |
| **Miércoles** |  |  |  |
| **Jueves** |  |  |  |
| **Viernes** |  |  |  |
| **Sábado** |  |  |  |  |
| **Domingo** |  |  |  |  |

| **Lunes** |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Martes** |  |  |  |
| **Miércoles** |  |  |  |
| **Jueves** |  |  |  |
| **Viernes** |  |  |  |
| **Sábado** |  |  |  |  |
| **Domingo** |  |  |  |  |

El control de firmas se debe imprimir a DOBLE CARA

| **DIA** | | **FIRMA** . | **TRABAJOS REALIZADOS SEMANALMENTE** | **UBICACIÓN O LUGAR** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lunes** |  |  |  |  |
| **Martes** |  |  |  |
| **Miércoles** |  |  |  |
| **Jueves** |  |  |  |
| **Viernes** |  |  |  |
| **Sábado** |  |  |  |  |
| **Domingo** |  |  |  |  |
| **Lunes** |  |  |  |  |
| **Martes** |  |  |  |
| **Miércoles** |  |  |  |

El control de firmas se debe imprimir a DOBLE CARA

| **OBSERVACIONES:** (Especificar cuando la persona trabajadora no asista al puesto de trabajo durante toda la jornada laboral o algunas horas de la misma) | | |
| --- | --- | --- |
| **FECHA** | **HORAS/ JORNADA NO ASISTIDA** | **MOTIVO DE LA NO ASISTENCIA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

La persona responsable de la trabajadora o la persona responsable de la gestión del proyecto, que certifica que la trabajadora ejecuta los trabajos previstos en el proyecto de acuerdo con el perfil profesional y con la categoría profesional para la cual ha sido contratada:

**Cargo o representación: Nombre y apellidos:**

**Fecha, dd/mm/2021 Firma y sello de la entidad**