ANEXO XII

Programa de Atención a Personas con Discapacidad

LISTA DE ASISTENCIA

Responsable del llenado: (Integrante del Comité de Contraloría Social)

DATOS GENERALES

Nombre del Comité: _____

No. de registro del Comité de contraloría Social: _____ Fecha: _____ / ____ / _____

DATOS DE LA REUNIÓN

Estado: _____ Municipio: _____ Localidad: _____

Dependencia que ejecuta el programa: _____

Nombre del programa: Programa de Atención a Personas con Discapacidad

Nombre del proyecto: _____

Tipo de Apoyo: _____

ASISTENTES EN LA REUNIÓN

Dependencia/ Comité	Nombre	Cargo	Correo electrónico	Firma