

PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD
LISTA DE ASISTENCIA

 Responsable del llenado: (Enlace de Contraloría Social)

Datos de contacto: Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

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	Dirección, teléfono y correo electrónico	Firma
Instancia Ejecutora				
Integrante del CCS				
Beneficiario				

Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.

"La Información que proporcione será protegida en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IFAI".