



Listado de asistencia de la Asamblea Comunitaria

Fecha: Hora: Municipio:

No.	Nombre del beneficiario del Programa. Nombre (s), Apellido Paterno y Apellido Materno	Firma o huella
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		

Los arriba firmantes, hacemos constar que recibimos información y asistimos a una sesión de asamblea informativa. Asimismo, que recibimos materiales informativos consistentes en _____.

Resumen	Federal	Estatal	Municipal	Otro	Totales	Mujeres		Total
						Hombres		

