

PROGRAMA FOMENTANDO EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

REGISTRO DE ASISTENCIA

FECHA: _____ HORA: _____

CAPACITACIÓN: _____

RESPONSABLE: _____

LUGAR/DOMICILIO: _____

| NO. | NOMBRE | SEXO | |
|-----|--------|------|---|
| | | F | M |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |
| 11 | | | |
| 12 | | | |
| 13 | | | |
| 14 | | | |
| 15 | | | |

Declaro bajo protesta de decir la verdad que la información y documentación proporcionada es verídica.

Los datos personales recabados serán utilizados para validar que se cumplan los requisitos de elegibilidad para ser beneficiario de este Programa y se garantiza su protección en cumplimiento con las disposiciones en materia de transparencia y acceso a la información pública aplicables.

Este programa es público y su ejecución no depende de partidos políticos, asociaciones religiosas u organizaciones de cualquier otra índole. Queda prohibido el uso de este programa para fines distintos al desarrollo social.