



Confirmación de asistencia a Capacitación

Capacitación dirigida a: _____

Fecha: _____ Municipio: _____

Nº de asistentes: _____

Nombre de quien confirma la asistencia: _____

Cargo: _____

Comentarios:

Nombre y Firma Director (a)
Sistema Municipal DIF

Nombre y Firma Coordinador (a)
Programa de Atención para Personas
Adultas Mayores

Sello