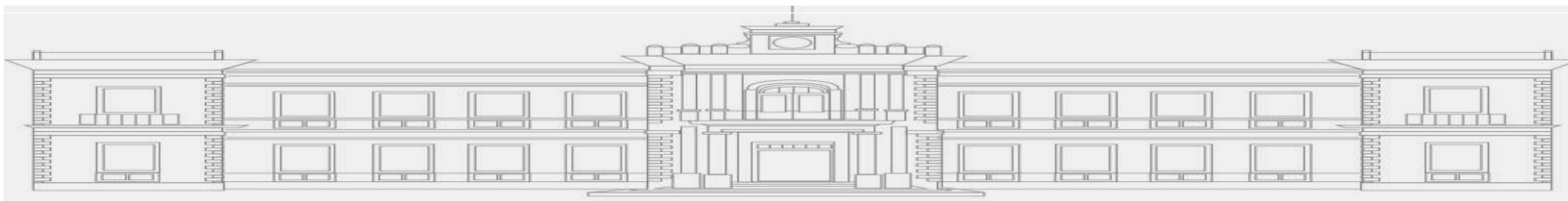




UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE
CHIHUAHUA

LISTA DE ASISTENCIA



Nombre del Curso: _____ Periodo de Ejecución: _____

Nombre del Agente Capacitador: _____ Duración: _____

Área Temática del Curso: _____

Número de Empleado	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)	Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa)	Sexo (F/M)	Entidad Federativa Nacimiento	Puesto	Firma

Firma Agente Capacitador

Fecha de Revisión: 26/02/2015
No. de Revisión: 0
FOR 6.2 RHU 05