



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