Universidad Autónoma de Chihuahua

LISTA DE ASISTENCIA

PERIODO DE EJECUCION: _____

NOMBRE DEL CURSO: _____ **DURACIÓN** _____

NOMBRE DEL AGENTE CAPACITADOR: _____ **ÁREA TEMÁTICA DEL CURSO:** _____

NÚMERO DE EMPLEADO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE(S)	FECHA NACIMIENTO (dd/mm/aaaa)	SEXO (F/M)	ENTIDAD FEDERATIVA NACIMIENTO	PUESTO	FIRMA

FIRMA AGENTE CAPACITADOR