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

Fecha de Revisión: 04/02/2011
No. de Revisión: 4
FOR 6.2 RHU 05