

**Programa de Atención a Personas con Discapacidad****LISTA DE ASISTENCIA**Responsable del llenado: (Enlace de Contraloría Social)

Datos de contacto: Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES**

Nombre del Comité: \_\_\_\_\_

No. de registro del Comité de Contraloría Social: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS DE LA REUNIÓN**

Estado: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_

Dependencia que ejecuta el programa: \_\_\_\_\_

Nombre del programa: Programa de Atención a Personas con Discapacidad

Nombre del proyecto: \_\_\_\_\_

Tipo de apoyo: \_\_\_\_\_

**ASISTENTES EN LA REUNIÓN**

Dependencia/ Comité	Nombre	Cargo	Dirección, teléfono y correo electrónico	Firma
Instancia Ejecutora				
Integrante del CCS				
Beneficiario				

*Este Programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el Programa.  
"La Información que proporcione será protegida en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental y los  
Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el IFAI".*