



ANEXO VI

PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

EJERCICIO FISCAL: 2025

LISTA DE ASISTENCIA

Fecha de llenado:

I.- Datos Generales

Responsable del llenado:	(Enlace de Contraloría Social)	
Dirección:		
Teléfono:		Correo Electrónico:

I.- Datos Generales

Programa Social:	Programa de Atención a Personas con Discapacidad	
Nombre del Comité:		
Nombre del proyecto:		
Estado:		No. de registro del
Municipio:		Comité de Contraloría Social:
Localidad:		

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".