



Listado de asistencia de la Asamblea Comunitaria

Fecha:

Hora:

Municipio:

No.	Nombre del beneficiario del Programa. Nombre (s), Apellido Paterno y Apellido Materno
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	

Firma o huella

Los arriba firmantes, hacemos constar que recibimos información y asistimos a una asamblea comunitaria informativa sobre la operación del Programa y la Contraloría Social. Asimismo, que recibimos materiales informativos consistentes en trípticos para personas beneficiarias del Programa.

Mujeres		Total
Hombres		

