

Formato Lista de asistencia

Código F_01

Revisión 02

Fecha 21.02.22

**Coordinación de Planeación
para el Desarrollo del Estado
de Michoacán de Ocampo**

GOBIERNO DE MICHOACÁN

Actividad:	Facilitador / Asesor:	Fecha:
------------	-----------------------	--------

N°	Nombre	Institución o área	Correo electrónico	Teléfono	Firma
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					