ANEXO 5b. LISTA DE ASISTENCIA CCS 2019

Reunión ☐
Capacitación ☐

_____/_____/_____
DÍA MES AÑO

Nombre del Programa: Programa Nacional de Becas – Instituto Politécnico Nacional						
Sede de la reunión:						
N°	**Nombre completo**	**Boleta**	**UA**	**Correo electrónico**	**Cargo dentro del Comité**	**Firma**