|  |
| --- |
| **TEMA CURSO:** |
| **RESPONSABLE:** |
| **FACULTAD:** | **CARRERA:** |
| **ENTIDAD BENEFICIADA:** |
| **N°** | **NOMBRES BENEFICIARIO/A** | **CEDULA** | **GENERO** | **EDAD** | **CAPACIDAD ESPECIAL(S/N)** | **TELÉFONO** | **FIRMA** |
|   |   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |  |   |   |
|   |   |   |   |   |  |   |   |

 **FORMATO N.02 (Registro de participantes a la capacitación)**

 F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Título y Nombre

REPRESENTANTE DE LA ENTIDAD BENEFICIARIA

**NOTA: Este formato debe ser llenado por el responsable de la entidad beneficiada.**