

## Lista de asistencia

### Datos del evento de Formación de Personas Facilitadoras del DAI:

**Entidad federativa:** \_\_\_\_\_ **Municipio:** \_\_\_\_\_

**Lugar:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_ **Hora:** \_\_\_\_\_ **No. de evento:** \_\_\_\_\_

### Datos de los facilitadores:

No.	Nombre completo (Letra legible, será usado para emitir constancia)	Institución	Correo electrónico	Teléfono	Edad	Sexo	Ocupación	Grado máximo de estudios
1						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
2						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
3						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
4						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
5						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____

## Lista de asistencia

No.	Nombre completo (Letra legible, será usado para emitir constancia)	Institución	Correo electrónico	Teléfono	Edad	Sexo	Ocupación	Grado máximo de estudios
6						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
7						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
8						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
9						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
10						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
11						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
12						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____

## Lista de asistencia



No.	Nombre completo (Letra legible, será usado para emitir constancia)	Institución	Correo electrónico	Teléfono	Edad	Sexo	Ocupación	Grado máximo de estudios
13						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
14						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
15						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
16						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
17						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
18						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
19						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____

## Lista de asistencia

No.	Nombre completo (Letra legible, será usado para emitir constancia)	Institución	Correo electrónico	Teléfono	Edad	Sexo	Ocupación	Grado máximo de estudios
20						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
21						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
22						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
23						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
24						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
25						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____
26						Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Intersexual <input type="checkbox"/> No deseo categorizarme <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Labores del hogar <input type="checkbox"/> Otro: _____	Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Otro: _____