



MINISTERIO DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN NACIONAL DE FORMACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO PROFESIONAL
LISTA DE ASISTENCIA
Región Educativa de: _____

Seminario Taller: _____

Organismo Capacitador: _____

Nombre del Facilitador (a): _____ Cédula: _____ Firma: _____

Sede: _____

Fecha: del _____ al _____ de _____

Duración: _____

Nº de Aval: _____

Nº.	Nombre en Imprenta	Cédula	Región donde Labora	Número de Empleado	Centro Educativo	Especialidad o nivel	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes		Horas	Nº de Consecutivo de los Certificados
							A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.	A.M.	P.M.		

Director (a) Regional: _____
Nombre

Enlace de Perfeccionamiento: _____
Nombre

Coordinador (a): _____
Nombre

Firma - Sello: _____

Firma: _____

Firma: _____