

Ratificación de Asistencia

Nombre: _____

Carné: _____ Cédula: _____

Carrera: _____ Cumpleaños: _____

Proyecto Asignado: _____ Horas Asignadas: _____

Aceptación: _____

Firma

Espacio para el CIMPA

N° de nombramiento: _____ Rige desde: _____ hasta: _____