



ADIDA

ELECCIONES DE CARGOS DE REPRESENTACIÓN-BELLO

FORMATO DE INSCRIPCIÓN

MUNICIPIO: _____ **FECHA:** _____

LISTA N° _____

REPRESENTACIÓN: COMITÉ VEEDURIA DE SALUD

| N° | NOMBRE Y APELLIDOS | CEDULA | I.E | TELEFONOS | FIRMA |
|----------|--------------------|--------|-----|-----------|-------|
| TITULAR | | | | | |
| SUPLENTE | | | | | |
| SUPLENTE | | | | | |

ENTREGA: _____

RECIBE: _____

FECHA: _____

HORA: _____

