



## CAPACITACION VEEDORES 2024

Nombre Completo:			
Fecha Nacimiento:			
Dirección:			
Cédula de Identidad:			
Liga / Sector / Org. OFI / C. Directivo:			
Vinculación con Liga / Sector / Org. OFI / C. Directivo:			
Telefono / Celular			
E-mail:			
Utiliza el Sistema COMET	SI	NO	NO EXCLUYENTE
¿Se desempeño como veedor?	SI	NO	NO EXCLUYENTE
¿Realizó curso de veedor?	SI	NO	NO EXCLUYENTE

Firma del Postulante: \_\_\_\_\_

Presentado por: \_\_\_\_\_

Firma del Presidente: \_\_\_\_\_ Firma del Secretario: \_\_\_\_\_

Aclaración de Firma: \_\_\_\_\_ Aclaración de Firma: \_\_\_\_\_

Sello: