



ANEXO 1

SOLICITUD DE APOYO PROYECTO DE CAPACITACION INDIGENA

Nombre del Grupo: _____ Nombre del Curso: _____

Sede Lugar: _____ Localidad: _____ Municipio: _____

CAPACITACIÓN

INFORMACIÓN DE PARTICIPANTES

Representante del Grupo _____ Firma _____ Comunidad _____ Etnia _____ H/M - Edad Ocupación Actual _____ Contacto: Cel., Correo, etc. _____

Nombre del Capacitador Propuesto: _____ Domicilio: _____ Telf: _____

Grupo compuesto por: Hombres Mujeres (Grupo de Máximo 25 personas)

Nombre	Identificación (IFE)	Comunidad	H/M - Edad	Ocupación Actual	Firma
1 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
2 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
3 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
4 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
5 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
6 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
7 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
8 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
9 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
10 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
11 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
12 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
13 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
14 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
15 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
16 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
17 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
18 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
19 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
20 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
21 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
22 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
23 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
24 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____
25 _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____

Autoridad Tradicional que los identifica: _____ Nombre Firma y Sello: _____