NTREGA DE DESPENSAS EN LISTA DE ESPERA PAAD

DEPARTAMENTO DE ORIENTACION ALIMENTARIA
SUBPROGRAMA AYUDA ALIMENTARIA DIRECTA

(ANEXO 10)

ICIPIO **LOCALIDAD** _____ **MES**____

	RESPONSABLE DEL BENEFICIARIO				EN SUSTITUCIÓN DE QUIEN RECIBE	
	LLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	(A) PARENTESCO	NOMBRE COMPLETO DEL BENEFICIARIO DEL PADRÓN QUE NO ASISTIÓ	FIRMA DE DESPENSA
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

(A) PARENTESCO DEL RESPONSABLE DEL BENEFICIARIO

1	PADRE	5	TIO (A)	10	NIETO (A)
2	MADRE	6	PRIMO (A)	11	ESPOSO (A)
3	HERMANO (A)	7	TUTOR	12	HIJO (A)
4	ABUELO (A)	8	SOBRINO (A)		

TEMA DE LA PLÁTICA _____ **ELABORÓ**_____

SELLO DEL DIF MUNICIPAL

FECHA _____ **FIRMA DEL DIRECTOR(A)** _____