



PROGRAMA DE AYUDA ALIMENTARIA DIRECTA
 PARA REPORTAR DESPENSA DE ALTAS Y BAJAS

(ANEXO 5)

MUNICIPIO _____

LOCALIDAD _____

No.				NOMBRE DEL BENEFICIARIO QUE SE DIO DE ALTA			MOTIVO DE LA BAJA
	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

FECHA _____ FIRMA DEL DIRECTOR(A) _____

SELLO DEL DIF MUNICIPAL