



Your complimentary use period has ended.  
Thank you for using PDF Complete.

[Click Here to upgrade to Unlimited Pages and Expanded Features](#)



MUNICIPIO											
COMUNIDAD											
NOMBRE			FECHA DE NACIMIENTO				DOMICILIO			CURP	RECIBI APOYO ALIMENTICIO. FIRMA
NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	DIA	MES	AÑO	SEXO	CALLE	NUMERO EXTERIOR	INTERIOR		
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											

ENTREGO: NOMBRE, FIRMA Y FECHA

RECIBEN DE CONFORMIDAD DE MANERA INDIVIDUAL LOS ARRIBA FIRMANTES UN PAQUETE DE APOYO ALIMENTARIO:  
 1 BOTELLA DE ACEITE DE 500ML, 1 KG DE ARROZ BLANCO, 1KG DE AVENA EN OJUELAS, 2 ATUNES EN LATA, 1 PAQUETE DE TRIGO INFLADO INTEGRARL FORTIFICADO DE 500GR, 1 KG DE HARINA DE MAIZ NIXTAMALIZADA,1 PAQUETE DE LENTEJAS DE 500GR, 2 PAQUETES DE SOPA CON FIBRA DE 250GR, 1KG DE FRIJOL , 2LTS DE LECHE