



CAPACITACION VEEDORES 2024

Nombre Completo:			
Fecha Nacimiento:			
Dirección:			
Cédula de Identidad:			
Liga / Sector / Org. OFI / C. Directivo:			
Vinculacion 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: