



LISTA DE ASISTENCIA:

INSTRUCTOR:

MES:

HORARIO

LOCALIDAD:

---



---



---



---



---



**IEM**

INSTITUTO ESTATAL  
DE LA MUJER

DIAS:

MUNICIPIO:

---



---

No	NOMBRE	Telefono	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	L	M	M	J	V	FIRMA
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							

**AVISO DE PRIVACIDAD SIMPLIFICADO LISTAS DE ASISTENCIA**

Al proporcionar sus datos personales otorga su consentimiento para su tratamiento, los datos personales que nos proporcione podrán ser utilizados para contar con datos de control, estadísticos e informes sobre el servicio brindado; promover eventos y actividades institucionales de promoción, capacitación y difusión.

No se recaban datos personales con finalidades secundarias o adicionales.

Consulte el aviso de privacidad integral en esta dirección electrónica: <https://mujer.tlaxcala.gob.mx/index.php/aviso-privacidad>