REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA
GOBIERNO DEL ESTADO TACHIRA

CONTROL GENERAL DE ASISTENCIA

Dirección de Educación del Estado Táchira

I.N.S. _____ D.H. _____

Nombre de la Escuela:	
Ubicada en:	Municipio:
Correspondiente al mes de:	Año:
Director:	
Teléfono:	E-mail:

Yo _____ C.I. Nº._____, en mi carácter de Director de: _____, declaro que la información suministrada en este formato es verdadera y exacta, en el entendido que de incurrir en falsedad sobre lo declarado, me someto a las sanciones previstas en las leyes

Cédula	Apellidos y Nombre	Cargo	Grado y Sección	Matricula	Días Trabajados	Programa	Observación

NOTA: ORDENAR POR NUMERO DE CEDULA

Recibido:_____ Cédula:_____ Fecha:_____