

**ENTREGA DE DESPENSA EN LISTA DE ESPERA
PROGRAMA DE AYUDA ALIMENTARIA DIRECTA**

Fecha: _____

CDC: _____

Comunidad: _____

Mes de entrega: _____

No.	CURP DEL BENEFICIARIO	NOMBRE DEL NUEVO BENEFICIARIO	RESPONSABLE DEL BENEFICIARIO	NOMBRE DEL BENEFICIARIO QUE SE SUSTITUYE	FIRMA