**NUMÉRICO DE BENEFICIARIOS**

**Sector Urbano Marginal: Rural:**

**Grupo de Atención Prioritaria:**

|  |
| --- |
| **Nombre Completo de la Comunidad Beneficiaria:** |
|  |
| **Dirección:**  Calle:  Parroquia:  Cantón:  Provincia:  Teléfono: |

|  |
| --- |
| **Representante legal y/o responsable:** |
| Apellidos y Nombres:  Cargo:  Teléfono:  e-mail: |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Número de Beneficiarios** | | | | | | |
| **Directos** | | | | | **Indirectos** | **Total** |
| Hombres | Mujeres | Niños | Personas con Capacidades Especiales | **Total** | **Total** |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Fecha:**

**Firma y Sello**

**-------------------------------------------------------------**

**Nombre:**

**REPRESENTANTE DE LA COMUNIDAD**