**Lista de asistencia**

* Día, Hora:
* Centro de Salud:
* Comuna:
* Región:
* Encargado (nombre y mail):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo**  | **Rut**  | **Correo electrónico**  | **Cargo/función/organización** | **Firma**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre Completo**  | **Rut**  | **Correo electrónico**  | **Cargo/función/organización** | **Firma**  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

(Agregar más páginas si es necesario)

**Acta**

|  |
| --- |
| **Síntesis principales acuerdos pregunta 1:**  |
| **Síntesis principales acuerdos pregunta 2:**  |
| **Síntesis principales acuerdos pregunta 3:**  |
| **Síntesis principales acuerdos pregunta 4:*****Demandas locales priorizadas:*** 1. 2. 3.  ***Demandas a nivel país priorizadas:*** 1.2.3. |

**Envía la lista de asistencia y el acta a cabildosporlasalud@gmail.com con plazo máximo el Domingo 10 de Noviembre de 2019.**