



BIENESTAR
SECRETARÍA DE SALUD



INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
MADRES DEL CAL MEXICANO

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

FORMATO IA-ST-003

Fecha de elaboración: ____/____/____
dd mm aaaa

H	M
---	---

Sexo

Folio de la Tarjeta

NVA.	REPO.
------	-------

Expedición

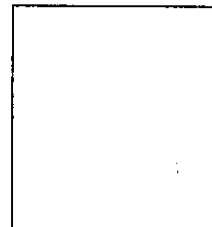
Datos de quien solicita

Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

Nombre (s): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Lugar de nacimiento: _____
dd mm aaaa



CURP: _____

Estado civil: Soltera (o) Casada (o) Núm. Telefónico: _____

Domicilio: _____
Calle y número C.P.

Colonia: _____ Alcaldía o municipio: _____

Entidad federativa: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Núm. Telefónico: _____
Nombre

Los datos personales serán recabados y protegidos con fundamento en los artículos; 6 fracción III y 28, VII, XV, XVI, XVII y XIX de La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, y el artículo 24 fracciones XXVII del Estatuto Orgánico del INAPAM, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental en los artículos 21 y 22 fracciones II, III, IV y V.

Bajo protesta de decir verdad, declaro que la información asentada en el presente documento, es cierta y verdadera.

Firma de conformidad (persona mayor)

Módulo: _____

Nombre: _____
Responsible de la afiliación

Para afiliación presenta:

I. Documento de Identidad

INE
Licencia de manejo
Pasaporte vigente
Cartilla Militar
Cédula Profesional
Credencial /Carnet (IMSS,
ISSSTE, PEMEX)
Otro

Marca X

Folio

Especificar

Folio

Nombre: _____
Responsible de la captura

Fecha de captura: ____ / ____ / ____
dd mm aaaa