BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR

INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

FORMATO IA-ST-003

Fecha de elaboración: ___/___/___ (dd mm aaaa) | M (Sexo) | Folio de la Tarjeta | NVA. / REN. (Expedición)

Datos de quien solicita

Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

Nombre (s): _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ (dd mm aaaa) Lugar de nacimiento: _____

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: _____ (Nombre) Núm. Telefónico: _____

BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR

INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

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 Públilca 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: _____ (Responsable de la afiliación)

Para afiliación presenta:
I. Documento de Identidad

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

Nombre: _____ Fecha de captura: ___/___/___