

REGISTRO PARA LA CREDENCIAL NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Certificado de Persona con Discapacidad

Fecha de expedición: _____

Inst. medica otorgante: _____

Medico: _____

Cédula Prof: _____

Identificación de la Persona con Discapacidad

Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

Nombre: _____

Sexo: _____ CURP: _____

Fecha de nacimiento: _____

Municipio de nacimiento: _____

Localidad o colonia: _____

Entidad de nacimiento: _____

Lugar de Residencia:

Municipio: _____

Entidad: _____

Localidad o colonia: _____

Calle: _____

Numero: ext.: _____ Núm. int.: _____

Teléfono: _____ C.P. _____

Celular: _____