

**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

H	M
Sexo	

Folio de la Tarjeta

NVA.	REPO.
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 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: _____
Responsable 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: _____
Responsable de la captura

Fecha de captura: / /
dd mm aaaa