



**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:      /      /      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



**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:      /      /      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: \_\_\_\_\_



**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



**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