



BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR



INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE ATENCIÓN DEL PERSONAL ADULTO DEPENDIENTE

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

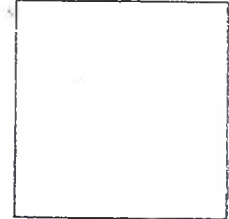
Apellido paterno: _____

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: _____ Núm. Telefónico: _____
Nombre



BIENESTAR
SECRETARÍA DE BIENESTAR



INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE ATENCIÓN DEL PERSONAL ADULTO DEPENDIENTE

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)

Marca X

Otro

Folio

Especificar

Folio

Nombre: MIRIAM ITZEL CONTRERAS R.
Responsable de la captura

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