

**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

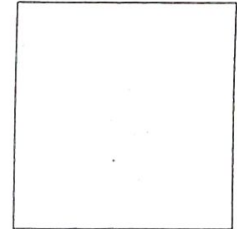
CURP: _____

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

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