



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: _____

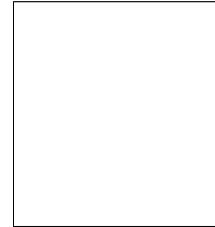
Estado civil: Soltera (o) Casada (o) Núm. Telefónico: _____

Domicilio: _____
Calle y número C.P.

Colonia: _____ Alcaldía o municipio: _____

Entidad federativa: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Núm. Telefónico: _____
Nombre



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: _____

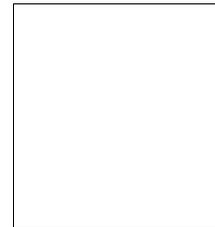
Estado Civil: Soltera (o) Casada (o) Núm. Telefónico: _____

Domicilio: _____
Calle y número C.P.

Colonia: _____ Alcaldía o municipio: _____

Entidad federativa: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Núm. Telefónico: _____
Nombre





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

	Marca X
INE	<input type="checkbox"/>
Licencia de manejo	<input type="checkbox"/>
Pasaporte vigente	<input type="checkbox"/>
Cartilla Militar	<input type="checkbox"/>
Cédula Profesional	<input type="checkbox"/>
Credencial /Carnet (IMSS, ISSSTE, PEMEX)	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Folio

Especificar

Folio

Nombre: _____
Responsable de la captura

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



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

	Marca X
INE	<input type="checkbox"/>
Licencia de manejo	<input type="checkbox"/>
Pasaporte vigente	<input type="checkbox"/>
Cartilla Militar	<input type="checkbox"/>
Cédula Profesional	<input type="checkbox"/>
Credencial /Carnet (IMSS, ISSSTE, PEMEX)	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>

Folio

Especificar

Folio

Nombre: _____
Responsable de la captura

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



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR

SOLICITUD DE AFIL

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

H	M
---	---

Sexo

Datos del Solicitante

Apellido Paterno: _____

Apellido Materno: _____

Nombre (s): _____

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

Lugar de Na

CURP: _____

Estado Civil:

Soltero

Casado

Domicilio: _____

Calle y Número

Colonia: _____

Entidad Federativa: _____

Contacto en caso de Emergencia: _____

Nombre



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR

Los datos personales serán recabados y protegidos con fundamento en los artículos; 6 fr Personas Adultas Mayores, y el artículo 24 fracciones XXVII del Estatuto Orgánico del INAF 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

Firma de conformidad

Módulo: _____

Revisó documentos: _____

Elaboró: _____

Responsable de Captura: _____



BIENESTAR

SECRETARÍA DE BIENESTAR

Los datos personales serán recabados y protegidos con fundamento en los artículos; 6 fr Personas Adultas Mayores, y el artículo 24 fracciones XXVII del Estatuto Orgánico del IN/ Gubernamental en los artículos 21 y 22 fracciones II, III, IV y V.

Bajo protesta de decir verdad , declaro que los datos registrados en la presente solicitud s

Firma de conformidad

Módulo: _____

Revisó documentos: _____

Elaboró: _____

Responsable de Captura: _____



INAPAM

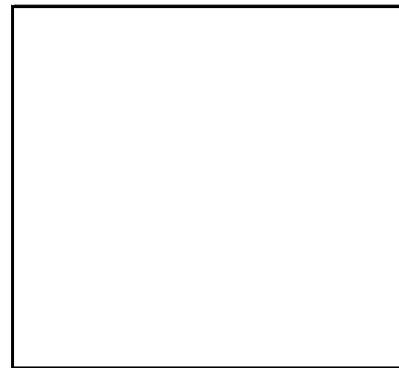
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES

LIACIÓN

FORMATO IA-ST-003

Folio de la Tarjeta

NVA.	REPO.
Expedición	



acimiento: _____

No. Telefónico: _____

C.P.

Alcaldía o Municipio: _____

No. Telefónico : _____



INAPAM

INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PERSONAS ADULTAS MAYORES



acción III y 28, VII, XV, XVI, XVII y XIX de La Ley de los Derechos de las APAM, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública

ento, es cierta y verdadera.

Fecha de captura:



acción III y 28, VII, XV, XVI, XVII y XIX de La Ley de los Derechos de las APAM, la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública

on verdaderos

Fecha de captura:
