

## FORMATO DE SOLICITUD DE AFILIACIÓN DE INAPAM

 <b>BIENESTAR</b> SECRETARÍA DE BIENESTAR		 <b>INAPAM</b> INSTITUTO NACIONAL DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES	
SOLICITUD DE AFILIACIÓN			
FORMATO IA-ST-003			
Fecha de elaboración:	dd / mm / aaaa	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M Sexo	Folio de la Tarjeta <input type="checkbox"/> NVA. <input type="checkbox"/> REPO. Expedición
Datos de quien solicita			
Apellido paterno:			
Apellido materno:			
Nombre (s):			
Fecha de nacimiento:	dd / mm / aaaa	Lugar de nacimiento:	
CURP: _____			
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltera (o) <input type="checkbox"/> Casada (o)	Núm. Telefónico:	
Domicilio:		Calle y número	C.P.
Colonia:		Alcaldía o municipio:	
Entidad federativa: _____			
Contacto en caso de emergencia:		Nombre	Núm. Telefónico:

