



SINDICATO ESTATAL DE TRABAJADORES AL SERVICIO DE LA EDUCACION

**S. E. T. S. E.**

ERNESTO ORTIZ MEDINA No. 3  
XALAPA, VER.

APARTADO POSTAL No. 78  
TELEFONO: 8 42-36-16

**DATOS BASICOS DEL TRABAJADOR PARA SU  
CAMBIO DE UNIDAD MÉDICA FAMILIAR**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
DEPENDENCIA: _____		
EDUC. POPULAR	ENZA. MEDIA	EDUC. FISICA
DOMICILIO: _____		
CALLE	NUMERO	TELEFONO
COLONIA: _____ ZONA POSTAL _____		
MUNICIPIO Y ENTIDAD: _____		

NOTA \*\*\*\* EL DOMICILIO PARTICULAR QUE COINCIDA CON LA CLINICA FAMILIAR QUE SE SOLICITA\*\*\*\*

CAMBIO DE CLINICA DE: \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

AUTORIZACION PERMANENTE \_\_\_\_\_

DELEGACION A LA QUE PERTENECE: \_\_\_\_\_

A T E N T A M E N T E

XALAPA, VER. A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ 2010

COMISIONADO ESTATAL ANTE IMSS

PROFR. JUAN ESPINOSA ROA.