



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 _____		
CORREO ELECTRÓNICO: _____		
MUNICIPIO Y ENTIDAD: _____		
NOTA **** EL DOMICILIO PARTICULAR QUE COINCIDA CON LA CLINICA FAMILIAR QUE SE SOLICITA****		
No. DE SEGURIDAD SOCIAL: _____		
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 _____ 20__

COMISIONADO ESTATAL ANTE IMSS

PROFR. JUAN ESPINOSA ROA.