



BIENESTAR
SECRETARÍA DE FAMILIA



INAPAM
INSTITUTO NACIONAL DE LAS
PENSIONES ADICIONALES

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

FORMATO IA-ST-003

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

Sexo H M

Folio de la Tarjeta

NVA. REPO.
Expedición

Datos de quien solicita

Apellido paterno: _____

Apellido materno: _____

Nombre (s): _____

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

Lugar de nacimiento: _____

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: _____

Nombre

Núm. Telefónico: _____