



**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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_



**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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_



**BIENESTAR**  
SECRETARÍA DE BIENESTAR



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

INE  
Licencia de manejo  
Pasaporte vigente  
Cartilla Militar  
Cédula Profesional  
Credencial /Carnet (IMSS,  
ISSSTE, PEMEX)  
Otro

Marca X

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|

Folio

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Especificar

Folio

Nombre: \_\_\_\_\_  
Responsable de la captura

Fecha de captura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dd mm aaaa



**BIENESTAR**  
SECRETARÍA DE BIENESTAR



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

INE  
Licencia de manejo  
Pasaporte vigente  
Cartilla Militar  
Cédula Profesional  
Credencial /Carnet (IMSS,  
ISSSTE, PEMEX)  
Otro

Marca X

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |

|                          |
|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|

Folio

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Especificar

Folio

Nombre: \_\_\_\_\_  
Responsable de la captura

Fecha de captura: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
dd mm aaaa