



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO



SS
Secretaría
de Salud

SESV
Servicios de Salud
de Veracruz



ME LLENA DE **ORGULLO**

Solicitud de Servicio Médico para Personal de Confianza

Datos del centro de responsabilidad

Centro:

Ubicación:

Jurisdicción:

Documentación Solicitada:

Comprobante de domicilio y fotografía

Datos Personales

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombre (s):

CURP:

Fecha de nacimiento:

Estado civil:



Domicilio

Calle:

Código postal

Municipio:

Colonia:

Localidad

Entidad:

Centro de Salud u Hospital Asignado

Beneficiarios

Nombre

Parentesco

Fecha de nacimiento

Xalapa, Ver. a ____ de _____ de ____

El (la) trabajador(a) acepta

- Anexo relacionado con la Cláusula Sexta del Contrato Individual de Trabajo por tiempo fijo para Personal de Confianza con vigencia al _____.