



## 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 \_\_\_\_\_.