



SUBDELEGACION DE PRESTACIONES

DEPARTAMENTO DE PENSIONES, SEGURIDAD E HIGIENE.

EN ESTA FICHA SEÑALO LOS DATOS A LOS CUALES HABRA DE DIRIGIRSE MI CORRESPONDENCIA, ASI COMO DATOS DE MI DEPENDENCIA O UNIDAD LABORAL CON LOS MISMOS FINES.

NOMBRE DEL PACIENTE/ TRABAJADOR

R. F. C.

CALLE

No EXT.

No INT.

CODIGO POSTAL

COLONIA

DELEGACION O MUNICIPIO

TEL. CASA

TEL. CELULAR

TEL. CENTRO DE TRABAJO

NOMBRE DE QUIEN PUEDE RECIBIR RECADOS

DATOS DE LA DEPENDENCIA

NOMBRE DE LA DEPENDENCIA

NOMBRE DEL FUNCIONARIO RESPONSABLE

Y PUESTO QUE OCUPA

CALLE

No EXT.

No INT.

CODIGO POSTAL

COLONIA

DELEGACION O MUNICIPIO

TEL. OFICINA

OBSERVACIONES

FIRMA DEL PACIENTE / TRABAJADOR

FECHA DE ELABORACION