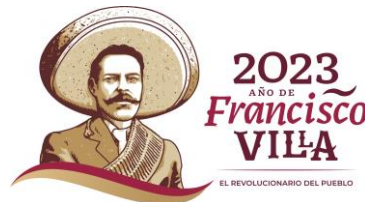




GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO



FORMATO DE INGRESO
ACCIÓN SOCIAL “SALUD EN TU VIDA, SALUD PARA EL BIENESTAR”

Fecha: ____/____/____/

Datos del solicitante:

FOTOGRAFIA
RECIENTE

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre (s)

Día: ____/Mes: ____/Año: ____

Fecha de Nacimiento

Lugar de Nacimiento

Correo Electrónico

Edad: años Genero: Masculino Femenino CURP: _____

Ocupación: _____ Grado Máximo de Estudios: _____

Identificación: 1) INE 2) Otro: _____ Número Celular: _____ Número local: _____

Domicilio:

Calle

Número Exterior

Número Interior

Colonia

Alcaldía

Código Postal

Unidad Territorial

Nombre de la Unidad Territorial

Nombre y Firma

Este documento contiene datos personales, así como la contenida en los documentos anexos puede contener datos personales, por lo que su difusión es responsabilidad de quien los transmite y quien los recibe, en términos de lo dispuesto por los artículos 6, fracciones XII, XXII, XXIII; 169, 186 y demás aplicables de la Ley de Transparencia, Acceso a la Información Pública y Rendición de Cuentas de la Ciudad de México. Los Datos Personales se encuentran protegidos por la Ley de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados de la Ciudad de México, por lo que su difusión se encuentra tutelada en sus artículos 3, fracciones IX, XXVIII, XXIX, XXXIV, XXXVI, 9, 16, 25, 26, 37, 41, 46, 49, 50, y demás relativos y aplicables; debiendo sujetarse en su caso, a las disposiciones relativas a la creación, modificación o supresión de datos personales previstos. Asimismo, deberá estar a lo señalado en los numerales 1, 3, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 35 y demás aplicables de los Lineamientos para la Protección de Datos Personales en el Distrito Federal.