



R.F.C.											
NOMBRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE(S))											
DOMICILIO						COLONIA					
MUNICIPIO				ESTADO				CÓDIGO POSTAL			
LUGAR DE NACIMIENTO					FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL				
					AÑO      DÍA      MES /           /						
DEPENDENCIA DONDE TRABAJA						FECHA DE INGRESO A SU DEPENDENCIA					
						DÍA      MES      AÑO /           /					
OFICINA Ó ÁREA Ó ESCUELA DE ADSCRIPCIÓN PRINCIPAL						NOMBRAMIENTO / PUESTO QUE OCUPA					
FECHA DE AFILIACIÓN AL ISSSTEP:      DÍA      MES      AÑO						TELÉFONO PARTICULAR / OFICINA					
						(                    )					
MANIFIESTO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD QUE LOS DATOS PROPORCIONADOS SON VERDADEROS Y QUEDO ADVERTIDO DE LAS PENAS EN QUE INCURREN LAS PERSONAS QUE DECLARAN FALSAMENTE ATENTO A LO DISPUESTO POR EL CÓDIGO DE DEFENSA SOCIAL DEL ESTADO Y LA LEY DEL ISSSTEP, ARTÍCULOS 16 Y 165 "Quien sin tener el carácter de beneficiario mediante cualquier engaño, simulación, substitución de personas derechohabientes o cualquier otra acción obtenga las prestaciones que señala esta Ley, pagará al Instituto el importe de los servicios obtenidos, independientemente de su responsabilidad penal."											
ME CONSTITUYO EN DONADOR VOLUNTARIO DE ÓRGANOS  SI _____ NO _____											
CON FINES DE TRASPLANTE, AL MOMENTO DE MI MUERTE Y CON LA ESPERANZA DE AYUDAR A SALVAR UNA VIDA.											
_____ FIRMA											