INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES AL SERVICIO DE LOS PODERES DEL ESTADO DE PUEBLA
GOBIERNO DE PROGRESO

I.S.S.S.T.E.P.
DIRECCIÓN GENERAL
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS
HOJA DE DATOS PARA AFILIACIÓN

ISSSTEP

DP 35

R.F.C.											-			

NOMBRE (APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE(S))

DOMICILIO	**COLONIA**

MUNICIPIO	**ESTADO**	**CÓDIGO POSTAL**

LUGAR DE NACIMIENTO	**FECHA DE NACIMIENTO** DÍA MES AÑO / /	**ESTADO CIVIL**

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