

Solicitud de incorporación al Programa de atención integral de salud.

Datos del Titular

Nombre: _____ CURP _____

Domicilio completo: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____.

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____, Correo electrónico _____

Padece de alguna enfermedad crónica: SI () No. () Cual _____

Datos socioeconómicos

Escolaridad: _____ Estado Civil: _____ Ocupación: _____

Tipo de Vivienda: Propia () Rentada () Prestada () Otro () Niveles de la casa : (1) (2) (3)

Material de la vivienda: _____ No. De Habitaciones: (1) (2) (3) (4) (5)

Agua potable: SI () No. () Drenaje SI () No. () Luz eléctrica: SI () No. ()

Ingreso Mensual: \$ _____ No. De Dependientes Económicos: (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

Medio de transporte que utiliza: _____

LISTA DE BENEFICIARIOS DEL PROGRAMA

Nombre completo	Edad (años)	Parentesco	Padece alguna enfermedad Si-no, ¿cuál?	Escolaridad	Ocupación

Manifiesto bajo protesta de decir verdad, que los datos vertidos son reales y que autorizo al Sistema Municipal DIF Texcoco el uso de esta información para los fines exclusivos del **Programa de atención integral de salud.**

Nombre y firma del prospecto a beneficiario

Los datos personales recibidos están protegidos por la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de México y Municipios, consulta nuestro aviso de privacidad en www.diftextcoco.gob.mx