

**INSTITUTO NACIONAL DE ADULTOS EN PLENITUD
SUBDIRECCIÓN DE AFILIACIÓN Y ESTADÍSTICAS
CEDULA DE AFILIACIÓN**

CREDECIAL
 NUEVA REPOSICION CAUSAS: _____

EXPEDIENTE: No. _____

PRIMER APELLIDO: _____
SEGUNDO APELLIDO: _____
NOMBRE(S): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____
 DIA MES AÑO

DIRECCIÓN: _____

COLONIA: _____

C.P.: _____

DELEGACIÓN O MUNICIPIO: _____
LUGAR DE NACIMIENTO _____
 ENTIDAD FEDERATIVA

EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: _____

NOMBRE

TELEFONO: _____

INFORMACIÓN ADICIONAL.

1.- SEXO: M H

2.- ESTADO CIVIL :
 SOLTERO CASADO VIUDO(A)
 DIVORCIADO UNION LIBRE

3.- ESTUDIOS:
 SABE LEER: SI NO
 SABE ESCRIBIR: SI NO

3°.- NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS
 PRIMARIA SECUNDARIA
 CARRERA TÉCNICA PREPARATORIA
 UNIVERSIDAD ESTUDIOS SUPERIORES

4.- CON QUIEN VIVE
 CÓNYUGE CÓNYUGE E HIJOS HIJOS
 SOLO OTROS CON QUIEN?: _____

5.- LA VIVIENDA QUE HABITA ES:
 PROPIA QUIEN ES EL PROPIETARIO?
 RENTADA QUIEN PAGA?
 USTED CÓNYUGE AMBOS HIJO(A)
 OTRO QUIEN?: _____

6.- TRABAJA ACTUALMENTE:
 NO HA TRABAJADO ANTES : SI PASAR A LA PREG.7
 SI NO

6a.- SU TRABAJO ES:
 PERMANENTE EVENTUAL

6b.- EN QUE TRABAJA? COMERCIANTE
 OBRERO –EMPLEADO EJECUTIVO PROFESIONISTA
 OFICIO POR SU CUENTA EMPRESARIO
 CAMPESINO-AGRICULTOR OTRO

7.-SU ULTIMO TRABAJO FUE: COMERCIANTE
 OBRERO –EMPLEADO EJECUTIVO PROFESIONISTA
 OFICIO POR SU CUENTA EMPRESARIO
 CAMPESINO-AGRICULTOR OTRO

7°.- DESEARIA SEGUIR TRABAJANDO?
 NO SI EN QUE? _____

8.- UD. O SU PAREJA (SI LA TIENE) TIENEN INGRESOS?
 NO PASAR A LA PREGUNTA 10
 SI A CUANTO ASCIENDEN SUS INGRESOS POR MES
 MENOS DE \$1000 DE 4001 A 6000
 DE 1001 A 2000 DE 6001 A 10000
 DE 2001 A 4000 MAS DE 10000

9.-ORIGEN DE LOS INGRESOS.-
 TRABAJO PENSION OTRO

10.- ADEMÁS DE SU CÓNYUGE DEPENDEN ECONÓMICAMENTE OTRAS PERSONAS DE USTED
 NO SI CUANTAS _____

11.- RECIBE ATENCIÓN MEDICA GRATUITAO DE TIPO ASISTENCIAL EN ALGUN CENTRO DE SALUD?
 IMSS ISSSTE INSEN
 PARTICULAR OTRO: _____
 NO SE RECIBE ATENCION MEDICA GRATUITA

12.- CONDICIONES GENERALES DE SALUD
 PADECE DE ALGUN PROBLEMA CRÓNICO DE SALUD?
 NO SI CUAL? _____

APLICAR SI LA RESPUESTA ANTERIOR FUE POSITIVA

12°.- SU PROBLEMA DE SALUD LE IMPEDIRIA DESEMPEÑAR ALGUNA ACTIVIDAD LABORAL?
 SI NO

ACTA DE NACIMIENTO (CURP)

Entidad Federativa: _____
Municipio: _____
Oficialía: _____
Juzgado: _____ **Tomo:** _____
Libro: _____
No. de _____
Fecha de registro: (DDMMAAAA) _____
EXTRANJEROS NATURALIZADOS
No. de carta de naturalización _____
Nacionalidad de origen: _____
No. de registro Nacional de Extranjeros _____
No. de Documento Migratorio: _____
Tipo de documento Migratorio: _____
Fecha de elaboración: _____