ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

SUBDELEGACIÓN GENERAL MÉDICA
DELEAGACIÓN REGIONAL SUR
SUBDELEGACIÓN MÉDICA
CLÍNICA DE DETECCIÓN Y DIAGNOSTICO AUTOMATIZADO (CLIDDA)

UNAAPAM

SOLICITUD PARA PROGRAMACIÓN

FECHA: _____ **ESPECIALIDAD:** **OPTOMETRÍA**

AREA: _____ **RFC:** _____

( ) TRABAJADOR ( ) CÓNYUGE

NOMBRE : _____
APELLIDO PATERNO *APELLIDO MATERNO* *NOMBRE(S)*

EDAD: _____

DOMICILIO PARTICULAR: _____
CALLE Y NÚMERO

_____ _____
COLONIA *DELEGACIÓN*

NÚMEROS TELEFÓNICOS: _____ / _____
CASA *OFICINA*

55- _____ _____
CELULAR *RECADOS*

ANEXAR FOTOCOPIA DE TALÓN ACTUAL Y CREDENCIAL DE LA UNAM,
EN CASO DE CÓNYUGE ANEXAR ACTA DE MATRIMONIO,