



C. L. I. D. D. A.

SUBDIRECCION GENERAL
MEDICA
DELEGACIÓN REGIONAL
ZONA
PONIENTE
SUBDELEGACIÓN MÉDICA

SOLICITUD PARA CLIDDA

NOMBRE Y No. DE UNIDAD ADMINISTRATIVA

SUBDIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS

DELEGADO SINDICAL

CITA:

DE 2018

TURNO: VESPERTINO

• DATOS DEL TRABAJADOR

CLINICA DE ADSCRIPCION:		
CLAVE PRESUPUESTAL		
NOMBRE:		
EDAD:	SEXO:	CURP:
ESTADO CIVIL :		ESCOLARIDAD:
DOMICILIO:		
COLONIA:		
CIUDAD:		
DELEGACIÓN:		C.P.
TEL. PARTICULAR:	TEL. TRABAJO:	

ARMANDO GARCÍA ESPINOSA
PREVISION SOCIAL

Trabajador

Delegado

- PARA EFECTOS DE ESTA SOLICITUD ES IMPORTANTE CONSIDERAR QUE LA CLÍNICA ATIENDE A TRABAJADORES EN ACTIVO, MUJERES Y HOMBRES DE 25 AÑOS EN ADELANTE
- LLENAR CON LETRA DE MOLDE LEGIBLE, SIN TACHADURAS NI ENMENDADURAS
- ANEXAR UNA COPIA DE SU COMPROBANTE DE PAGO
- NINGUN DATO DEBE SER DEJADO SIN CONTESTAR
- LA FECHA Y EL HORARIO DE LA CITA SERA DETERMINADA POR EL CLIDDA (ISSSTE)
- EN CASO DE QUE NO ASISTAS, TE PODRIAN SANCIONAR DURANTE UN TIEMPO.

FECHA DE ENTREGA _____.

OBSERVACIONES; _____