



ISSSTEZAC

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES
DEPARTAMENTO DE VIGENCIA DE DERECHOS

SOLICITUD PARA CREDENCIAL DE DERECHOHABIENTE

FOLIO DE CREDENCIAL:

ACTIVO / A

PENSIONADO / A

NUEVA

REPOSICIÓN

NOMBRE:

EDAD:

R.F.C.

CURP

IMSS

DOMICILIO:

CIUDAD:

C.P.

ENFERMEDAD CRÓNICA:

GRUPO SANGUINEO:

EN CASO DE EMERGENCIA AVISAR A:

TEL:

DEPENDENCIA:

ÁREA O DEPARTAMENTO:

NUM. DE EMPLEADO:

TEL PARTICULAR:

TEL TRABAJO:

ORGANIZACIÓN SINDICAL SI _____ NO _____ CUAL? _____

SECTOR: _____

FECHA DE SOLICITUD:

ZACATECAS, ZAC. A _____ DE _____ DEL 20 _____

FIRMA SOLICITANTE