



Ciudad de México, a ____.

OFICINA DE VIGENCIA DE DERECHOS
DEL ISSSTE
P R E S E N T E.

Por este conducto, me permito solicitar comprobante donde se indique si el/la C. _____ con Registro Federal de Causantes _____ tiene o no, derecho al Servicio Médico que esa Institución proporciona.

Nombre de la/s persona/s de quien depende económicamente.

_____ NOMBRE	_____ REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES	_____ PARENTESCO
_____ NOMBRE	_____ REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES	_____ PARENTESCO
_____ NOMBRE	_____ REGISTRO FEDERAL DE CAUSANTES	_____ PARENTESCO

Agradezco de antemano la atención a la presente.

Atentamente.



DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

NOTA: ES INDISPENSABLE ACUDIR CON TODOS LOS DOCUMENTOS SEÑALADOS EN ORIGINAL Y COPIA: ACTA DE NACIMIENTO, CURP Y UNA IDENTIFICACIÓN OFICIAL CON FOTOGRAFÍA (INE O PASAPORTE O LICENCIA DE MANEJO O CÉDULA PROFESIONAL).

DELEGACION SUR:

MELCHOR OCAMPO #293
COL. BARRIO SANTA CATARINA
DELEG. COAYOACÁN
ENTRE: MIGUEL ANGEL DE QUEVEDO Y
MELCHOR OCAMPO- FRENTE A LA MEGA COMERCIAL
MEXICANA.
DELEG. QUE ATIENDE: XOCHIMILCO, TLAHUAC, MILPA ALTA,
COAYOACÁN, MAGDALENA CONTRERAS, TLALPAN Y **FORÁNEOS**

DELEGACION NORTE:

AV. PASEO DE LA REFORMA NO. 39, 1ER. PISO
COL. TABACALERA, DELEG. CUAUHTEMOC
AFILIACIÓN Y VIGENCIA
VENTANILLA 4 (CON IDENTIFICACIÓN OFICIAL)

DELEGACION ORIENTE:

CALZ. GRAL. IGNACIO ZARAGOZA
NO. 1711, PB. EJERCITO CONSTITUCIONALISTA
IZTAPALAPA CDMX C.P. 09220
TEL. 57 73 20 07 - HORARIO DE 9 A 14 HORAS.

DELEGACION PONIENTE:

AV. PARQUE LIRA NO. 156, COL. OBSERVATORIO
DELEG. MIGUEL HIDALGO, D.F. C.P. 11860
1ER. PISO
(METRO TACUBAYA, LINEA 1)