SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN DEL ESTADO DE VERACRUZ

SF-PS-01

FICHA DE AFILIACION

Nombre: _____ No. De Afiliación: _____

Escolaridad: _____ Categoría: _____

Dependencia: Seleccione Opción Especifique: (si selecciona Otro) _____ R. F. C. : _____

Fecha de Ingreso al Servicio: _____ C. U. R. P. : _____

FECHA DE TRAMITE	MOTIVO	A D S C R I P C I O N	LOCALIDAD	MUNICIPIO	No. PERSONAL	No. PLAZA ó CODIFICACION	SUELDO MENSUAL

Domicilio: _____ Colonia: _____ Tel.: _____

_____ _____ _____

_____ _____ _____

Localidad y Municipio: _____

Fecha de Nacimiento: _____
Día Mes Año

Lugar de Nacimiento: _____
Localidad Municipio Estado

Sexo: _____

Estado Civil: _____

FOTOGRAFIA
INFANTIL
DE FRENTE

_____ _____
Firma del Derechohabiente Huellas Digitales