



SOLICITUD DE TRASLADOS

TLALNELHUAYOCAN, VER., A ____ DE _____ DE 202__.

Nombre del Paciente:

Lugar de Traslado:

Domicilio del Paciente:

Solicito a Usted traslado (Ley de Asistencia Social, Ley General de Salud, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad)

Anexo **copias simples legibles** de la siguiente documentación:

- ❖ Oficio de Petición.
- ❖ Copia de identificación oficial vigente **del Beneficiario(a)/**. (Credencial del INE/IFE, cartilla militar, licencia de manejo, pasaporte)
- ❖ Identificación oficial **de la persona acompañante** vigente (Credencial del INE/IFE, cartilla militar, licencia de manejo, pasaporte)
- ❖ CURP
- ❖ No. telefónico del Beneficiario: _____
- ❖ No. telefónico de persona acompañante: _____

NOMBRE Y FIRMA
(ACOMPañANTE)

NOMBRE Y FIRMA
(BENEFICIARIO(A))

Fundamentación Legal:

Ley de Asistencia Social, Ley General de Salud, Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, Ley General para la Inclusión de Personas con Discapacidad.