



MOVILIDAD
SECRETARÍA DE MOVILIDAD



DATOS GENERALES PARA GAFETE

CURP: _____

RFC: _____

NOMBRE: _____

NUP: _____

NUE: _____

CVE PUESTO: _____

DESCRIPCIÓN DEL PUESTO: _____

DIRECCIÓN O UNIDAD RESPONSABLE: _____

AREA DE ADSCRIPCIÓN: _____

DOMICILIO ACTUAL: _____

(CALLE, COLONIA, MUNICIPIO, CODIGO POSTAL)

TELEFONO LOCAL: _____

TEL CEL: _____

EN CASO DE ACCIDENTE AVISAR A: _____

TELEFONO LOCAL: _____

TEL CEL: _____

RELACIÓN LABORAL: _____

*ALERGIAS (SI) (NO): _____

(ALERGICO A)

*No. IMSS: _____

*TIPO DE SANGRE: _____

° ANEXAR A ESTE FORMATO DOS FOTOGRAFIAS T/INFANTIL RECIENTES A COLOR.