

FORMATO DE ASIGNACIÓN DE FOLIO PROVISIONAL

ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV-2


**BRIGADA
Correcaminos**

 HORA : : FECHA / / / /
COPIA BRIGADA
ALIAS DEL CENTRO DE VACUNACIÓN:**DIRECCIÓN DEL CENTRO DE VACUNACIÓN:**

NOMBRE (S)

1ER APELLIDO

2DO APELLIDO

Sirva el presente para acreditar que:

Con los siguientes datos de contacto:

TELÉFONO

OTRO

Es una persona mayor de 60 años perteneciente a esta comunidad, que no cuenta con documentos de identificación personal y que es conocida por los habitantes y por lo tanto que corresponde al grupo de personas prioritarias para la aplicación de la vacuna contra el SARS-COV2 conforme a la Estrategia Nacional de Vacunación.

Asimismo, se le asigna el folio:

FOLIO

con la finalidad de identificarla para futuros trámites relacionados con la vacunación. Manifestamos que todos quienes participamos en este acto nos conducimos con verdad y con conocimiento de las sanciones a las que podemos ser acreedores en caso de proporcionar información falsa.

Persona Solicitante

NOMBRE COMPLETO:

Coordinador de la Brigada

NOMBRE COMPLETO:

Testigo de la Comunidad

NOMBRE COMPLETO:

Testigo Servidor de la Nación

NOMBRE COMPLETO:

La aplicación de la Política Nacional de Vacunación es de carácter público, ajena a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos.


**BRIGADA
Correcaminos**

 HORA : : FECHA / / / /
COPIA PERSONA SOLICITANTE
ALIAS DEL CENTRO DE VACUNACIÓN:**DIRECCIÓN DEL CENTRO DE VACUNACIÓN:**

NOMBRE (S)

1ER APELLIDO

2DO APELLIDO

Sirva el presente para acreditar que:

Con los siguientes datos de contacto:

TELÉFONO

OTRO

Es una persona mayor de 60 años perteneciente a esta comunidad, que no cuenta con documentos de identificación personal y que es conocida por los habitantes y por lo tanto que corresponde al grupo de personas prioritarias para la aplicación de la vacuna contra el SARS-COV2 conforme a la Estrategia Nacional de Vacunación.

Asimismo, se le asigna el folio:

FOLIO

con la finalidad de identificarla para futuros trámites relacionados con la vacunación. Manifestamos que todos quienes participamos en este acto nos conducimos con verdad y con conocimiento de las sanciones a las que podemos ser acreedores en caso de proporcionar información falsa.

Persona Solicitante

NOMBRE COMPLETO:

Coordinador de la Brigada

NOMBRE COMPLETO:

Testigo de la Comunidad

NOMBRE COMPLETO:

Testigo Servidor de la Nación

NOMBRE COMPLETO:

La aplicación de la Política Nacional de Vacunación es de carácter público, ajena a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos.