



GOBIERNO DE
MÉXICO



**FORMATO DE ASIGNACIÓN DE
FOLIO PROVISIONAL**
ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV-2



**BRIGADA
Correccaminos**

HORA: H H : M M / FECHA: D D / M M / A A

COPIA BRIGADA

ENTIDAD

MUNICIPIO

REGIÓN

CENTRO DE VACUNACIÓN

ALIAS DEL CENTRO
DE VACUNACIÓN:

DIRECCIÓN DEL
CENTRO DE
VACUNACIÓN:

NOMBRE (S)

1ER APELLIDO

2DO APELLIDO

TELÉFONO

OTRO

Sirva el presente para acreditar que:

Con los siguientes datos de contacto:

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

Coordinador de la Brigada

Testigo de la Comunidad

Testigo Servidor de la Nación

NOMBRE COMPLETO:

NOMBRE COMPLETO:

NOMBRE COMPLETO:

NOMBRE COMPLETO:

FIRMA O HUELLA

FIRMA O HUELLA

FIRMA O HUELLA

FIRMA O HUELLA

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.



GOBIERNO DE
MÉXICO



**FORMATO DE ASIGNACIÓN DE
FOLIO PROVISIONAL**
ESTRATEGIA DE VACUNACIÓN CONTRA EL VIRUS SARS-COV-2



**BRIGADA
Correccaminos**

HORA: H H : M M / FECHA: D D / M M / A A

COPIA PERSONA SOLICITANTE

ENTIDAD

MUNICIPIO

REGIÓN

CENTRO DE VACUNACIÓN

ALIAS DEL CENTRO
DE VACUNACIÓN:

DIRECCIÓN DEL
CENTRO DE
VACUNACIÓN:

NOMBRE (S)

1ER APELLIDO

2DO APELLIDO

TELÉFONO

OTRO

Sirva el presente para acreditar que:

Con los siguientes datos de contacto:

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

Coordinador de la Brigada

Testigo de la Comunidad

Testigo Servidor de la Nación

NOMBRE COMPLETO:

NOMBRE COMPLETO:

NOMBRE COMPLETO:

NOMBRE COMPLETO:

FIRMA O HUELLA

FIRMA O HUELLA

FIRMA O HUELLA

FIRMA O HUELLA

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.