



No. FOLIO:

FECHA:

APOYO RECIBIDO:

PRIMER APELLIDO			SEGUNDO APELLIDO			NOMBRE(S)		
EDAD			CALLE			NÚMERO		
COLONIA			LOCALIDAD			MUNICIPIO		
CÓDIGO POSTAL		TELÉFONO DE CASA		TELÉFONO CELULAR		DISCAPACIDAD		
/ /								
( dd / mmm / aaaa )			Municipio, Estado					
FECHA DE NACIMIENTO			LUGAR DE NACIMIENTO			C.U.R.P.		

DECLARO BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, QUE HE RECIBIDO EL APOYO A QUE SE HACE MENCIÓN A SUPRA LÍNEAS POR PARTE DEL INSTITUTO COLIMENSE PARA LA DISCAPACIDAD, POR LO QUE ASENTO DICHA CIRCUNSTANCIA AL PLASMAR MI HUELLA DIGITAL O FIRMAR DE RECIBIDO A CONTINUACIÓN, TAL Y COMO LO HICE EN MI CREDENCIAL DE ELECTOR:

NOMBRE Y FIRMA O HUELLA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD,  
PADRE/MADRE/TUTOR(A) LEGAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

POR ESTE CONDUCTO, EN MI CALIDAD DE TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL DEL INSTITUTO COLIMENSE PARA LA DISCAPACIDAD, TENGO A BIEN AUTORIZAR LA ENTREGA DEL APOYO DESCRITO A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD A QUE SE HACE MENCIÓN EN ÉSTE RECIBO:

TITULAR DE LA DIRECCIÓN GENERAL  
INSTITUTO COLIMENSE PARA LA DISCAPACIDAD