

MEXICALI, B.C \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 20\_\_

**SUBDELEGACIÓN DEL IMSS  
P R E S E N T E.-**

**AT´N. OFICINA DE AFILIACIÓN**

**POR MEDIO DE LA PRESENTE SOLICITO SE ASIGNE O LOCALICE NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL**

**PARA MI HIJO (A) DE NOMBRE:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ESCUELA:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE (PADRE, MADRE O TUTOR):** \_\_\_\_\_

**FIRMA (PADRE, MADRE O TUTOR):** \_\_\_\_\_

**No. DE TELÉFONO (PADRE, MADRE O TUTOR).** \_\_\_\_\_