



Poza Rica de Hidalgo, Veracruz a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2023

### FORMATO C-1

**Dr. Abraham Alamilla Olgún**  
Director de Salud Pública

#### Presente:

El(a) c. \_\_\_\_\_ que suscribe con domicilio para oír y recibir todo tipo de notificaciones en calle \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_ de la colonia \_\_\_\_\_ y con el número telefónico \_\_\_\_\_, con respeto comparezco y expongo lo siguiente:

Por medio del presente vengo a solicitar a usted, **la Tarjeta de Salud Municipal** siendo empleado(a) del establecimiento denominado \_\_\_\_\_ con finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en los **Art. 4 Fracc. II, 5 Fracc. XVII, 8 Fracc. V, 9, 34, 148 y demás aplicables del Reglamento de Sanidad Municipal para el municipio de Poza Rica de Hidalgo, Veracruz de Ignacio de la Llave,**

Sin otro asunto que atender, anexo la documentación requerida, quedo de usted.

**a t e n t a m e n t e:**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma

