



Cambio de Titular. Constancia médica.

La (el) que suscribe C. _____ con cargo de
_____ de la localidad _____

Perteneciente a la congregación _____ del municipio de _____ del
Estado de Veracruz, después de verificar.

Hace Constar que

Que la (el) C. _____, titular de la familia con
número de folio _____ del programa PROSPERA / Programa de Apoyo
Alimentario (PAL).

() Falleció el día _____ del mes de _____ del año _____.

() Presenta una incapacidad permanente física o mental, que no le permite fungir como titular.

A petición de la (el) interesada(o) se expide la presente a los _____ días del mes de _____ del
año 2015.

Atentamente

Sello de Autoridad

Nombre y firma de autoridad
