

## CONSTANCIA MÉDICA

A QUIEN CORRESPONDA:

El (la) que suscribe C. \_\_\_\_\_, con Cedula Profesional N° \_\_\_\_\_ médico adscrito al Centro de Salud de Tantoyuca, Ver.

**Hago constar:**

Que el (la) C. \_\_\_\_\_, Titular del PROGRAMA 65 y MAS PENSION PARA ADULTOS MAYORES, de la localidad \_\_\_\_\_ perteneciente al Municipio de Tantoyuca, Ver. Con N° de folio \_\_\_\_\_, se encuentra imposibilitado (a) médicamente.

Para asistir a la entrega de apoyos ya que presenta: \_\_\_\_\_ y en su lugar acudirá el (la) C. \_\_\_\_\_.

A petición del (la) interesado (a) se expide la presente a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_

**Atentamente**

Sello de la Unidad