



CONSTANCIA MÉDICA PARA RETIRAR APOYO

El (la) que suscribe C. _____ médico
encargado de la unidad de salud de la localidad
_____ perteneciente al municipio de _____

hago constar que:

El (la) C. _____ titular del programa PROSPERA
de la localidad _____ perteneciente al municipio de _____

Con número de folio _/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/, se encuentra imposibilitada:

Para asistir a la entrega de apoyos ya que presenta la siguiente enfermedad _____

_____ Y en su lugar acudirá _____

A petición de él (la) interesado (a) se expide la presente a los ____ días del mes de _____
del año _____.

Atentamente

Sello de autoridad