



ID N°: _____
(NO LLENAR. PARA USO OFICIAL)

Solicitud de certificado para acreditar la supervivencia física de pensionistas del Gobierno de México

Nombre: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Número de pensión: _____ Institución: _____

Estado civil: _____ Domicilio en España (calle, N°, CP, Ciudad, Provincia): _____

N° de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Tipo de identificación oficial y número: _____

Asentar los hechos que se desea hacer constar: _____

Acompañado por (nombre de cónyuge, familiar, amistad): _____

Documentos que aporta para acreditar/comprobar su dicho: _____

Según corresponda, proporcione su número NIE o DNI:

NIE _____ DNI _____

Es ex empleado del IMSS: Si () No ()

Firma de la persona interesada

