

“Habilitando y amando a esta generación”

**SOLICITUD DE SERVICIO DENTAL**

Favor de llenar únicamente los espacios en blanco:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | | | | | | |
| Edad: |  | | | Sexo: |  | | |
| Dirección: |  | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | | | Celular: |  |
| e- mail: |  | | | | | | |
| Ocupación: | |  | | | | | |
| Ingreso mensual: | | |  | | | | |
| Padecimiento: | | |  | | | | |
| Trabajo que solicita: | | |  | | | | |
| Trabajo realizado: | | |  | | | | |

EN CASO DE QUE EL BENEFICIARIO SEA MENOR DE EDAD FAVOR DE LLENAR ESTA ÁREA CON LOS DATOS DEL RESPONSABLE DEL BENEFICIARIO

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: |  | | | | | |
| Dirección: |  | | | | | |
| Parentesco: | |  | Tel. Casa: |  | Celular: |  |
| e-mail: | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Día: |  | Mes: |  | Año: |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del interesado

**Nota:**

Favor de anexar a la presente solicitud:

* Copia de la credencial de elector del responsable del beneficiado.
* Copia de su comprobante de domicilio

Juventud por Cristo A. C.

Camino del Pueblo con Honestidad #482 – Col. Casas Blancas – Cd. Victoria Tamaulipas, México – C. P. 87160

informacion@jxc.org.mx – www.jxc.org.mx – Tel. (834) 3150095