



MUNICIPIO DE OAXACA DE JUÁREZ, A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_  
DÍA MES AÑO

Folio: \_\_\_\_\_

## TRÁMITE A REALIZAR

CENTRO DE CONTROL DE ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL		OTROS SERVICIOS	
<input type="checkbox"/> Expedición de Libreto	<input type="checkbox"/> Reingreso de Libreto	<input type="checkbox"/> Certificado Médico	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Reposición de Libreto por: Robo <input type="checkbox"/> Extravío <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Verificación Sanitaria	<input type="checkbox"/>

## DATOS DE LA NEGOCIACIÓN

NOMBRE O DENOMINACIÓN DEL LOCAL: \_\_\_\_\_

GIRO COMERCIAL: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

UBICACIÓN DEL LOCAL: \_\_\_\_\_

## DATOS DEL SOLICITANTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_

UBICACIÓN DEL LOCAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA

AUTORIZO

a) Departamento de Control Sanitario

b) Departamento de Atención Médica

c) C.A.C.E.T.S.

\_\_\_\_\_  
SELLO

