



MARINA
SECRETARÍA DE MARINA



ASUNTO: Se solicita atención médica.

Ciudad de México, a ____ de ____ del 2021.
(Día) (mes) (año)

**Al C. Cap. Nav SSN. MC.N.Urol.
Director General Adjunto Interino
de Sanidad Naval.
Subdirección Médica
Ciudad.**

Me permito solicitar a esa superioridad si para ello no existe inconveniente, gire sus respetables órdenes a quien corresponda, a efecto de que se proporcione atención médica al suscrito y a mis derechohabientes en **(Nombre completo del Escalón Sanitario)** perteneciente a la Secretaría de la Defensa Nacional, por ser la instalación del Servicio de Sanidad más cercana a mi domicilio y contar con los servicios de salud que se requieren, proporcionando para tal efecto la siguiente información y copias de la documentación que se cita:

Domicilio: DEL DERECHOHABIENTE *obligatorio*
Teléfono (con clave lada): DEL MILITAR *obligatorio*
Correo electrónico: DEL MILITAR *obligatorio*

Nombre de los derechohabientes y parentesco:

Documentación que se anexa:

1. Copia de credencial de Identificación del militar.
2. Copia de credenciales de afiliación de los derechohabientes; vigentes ante el ISSFAM (u oficio de que se encuentra en trámite).
3. Comprobante de domicilio (agua, predial, luz o teléfono, no mayor a tres meses de su expedición).

Respetuosamente

(Grado)

NOMBRE Y FIRMA

(Matricula)

NOTA: El presente oficio y la documentación comprobatoria podrá depositarla al correo comercial digasan.atencionasist@semar.gob.com o al correo naval digasan.sma@naval.sm, debiendo esperar la confirmación de recibido de manera electrónica. Dudas y aclaraciones en el Departamento de Serv. Médico Asistenciales de DIGASAN al teléfono 56-24-65-00, ext. 7561.

