



**MARINA**  
SECRETARÍA DE MARINA



Cuadro clasificador

ASUNTO: Se solicita atención médica.

Ciudad de México, a \_\_\_ de \_\_\_ del 202\_.

(Día) (mes) (año)

**Al C. Capitán de Navío SSN. MCN Urol.  
Director General Adjunto Interino  
de Sanidad Naval.  
Ciudad.**

Me permito solicitar a esa H. Superioridad si para ello no existe inconveniente, gire sus respetables órdenes a quien corresponda, a efecto de que se gestione el trámite de reintegro de recursos financieros por concepto de (tipo de atención médica) a favor de (derechohabiente), por (exponer las causales):

**Correo electrónico:**

**Datos de localización:**

**Número de cuenta a la que se efectuará el reintegro de ser procedente:**

**Documentación que se debe anexar:**

- a) Requisitos según corresponda el reintegro.

**Respetuosamente y/o Atentamente**

**(Grado)**

**NOMBRE Y FIRMA**

\_\_\_\_\_  
**(Matricula)**

