



Órgano Operativo de Administración Desconcentrada  
Regional Veracruz Norte  
Departamento Delegacional de Personal

## Solicitud de Cambio de Residencia de Jubilación o Pensión

Lugar	Día 16	Mes Octubre	Año 2024
-------	-----------	----------------	-------------

**Delegación del IMSS a donde se solicita situar el pago:**

### Datos del Jubilado o Pensionado

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre(s)
Matrícula	Número de Seguridad Social	CURP

### Domicilio particular de la nueva residencia

Calle	Número Exterior e Interior	Colonia	
Ciudad	Población	Entidad Federativa	
Municipio o Delegación Política	Código Postal	Teléfono Particular	Unidad Médica Familiar

Nombre del Jubilado, Pensionado, Tutor o Representante Legal	Firma del Jubilado, Pensionado, Tutor o Representante Legal
--	---

### Delegación de Origen

Fecha en que se dará de la baja en Nómina de Jubilados y Pensionados	Nombre y firma del responsable de la elaboración
<hr/>	<hr/>