



SEGOB

SECRETARÍA DE GOBIERNO
DEL ESTADO DE VERACRUZ

**SOLICITUD DE
ASENTAMIENTO**

EXCLUSIVO REGISTRO CIVIL

Fecha y hora de cita: _____

Recibió Solicitud: _____

Captura Acta: _____

Fecha de Registro: _____

Recabo firma y huellas: _____

SEGOB

DIRECCION GENERAL
DEL REGISTRO CIVIL

REGISTRADO

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE DEL NIÑO (A): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____
NOMBRES APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO HORA: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

FUE REGISTRADO: VIVO MUERTO No. DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO: _____

COMPARECIO: EL PADRE LA MADRE AMBOS PERSONA DISTINTA

TELEFONO: _____
NOMBRE DEL PADRE: _____ EDAD: _____ AÑOS

DOMICILIO HABITUAL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE, NUMERO Y COLONIA)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____ CERTIFICADA: SI NO
LUGAR DE NACIMIENTO: _____ LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

TELEFONO: _____
NOMBRE DE LA MADRE: _____ EDAD: _____ AÑOS

DOMICILIO HABITUAL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE, NUMERO Y COLONIA)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: _____ CERTIFICADA: SI NO
LUGAR DE NACIMIENTO: _____ LOCALIDAD MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA PAIS

ABUELOS

ABUELO PATERNO: _____ NACIONALIDAD: _____
ABUELA PATERNO: _____ NACIONALIDAD: _____
DOMICILIO (S): _____
NOMBRE DE LA CALLE,, NUMERO Y COLONIA LOCALIDAD ENTIDAD FEDERATIVA

ABUELO MATERNO: _____ NACIONALIDAD: _____
ABUELA MATERNO: _____ NACIONALIDAD: _____
DOMICILIO (S): _____
NOMBRE DE LA CALLE, NUMERO Y COLONIA LOCALIDAD ENTIDAD FEDERATIVA

TESTIGOS

NOMBRE: _____ NACIONALIDAD: _____
DOMICILIO: _____ EDAD: _____
NOMBRE DE LA CALLE,, NUMERO Y COLONIA LOCALIDAD ENTIDAD FEDERATIVA

NOMBRE: _____ NACIONALIDAD: _____
DOMICILIO: _____ EDAD: _____
NOMBRE DE LA CALLE,, NUMERO Y COLONIA LOCALIDAD ENTIDAD FEDERATIVA

PERSONA DISTINTA QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE: _____ EDAD: _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____

3. NUMERO DE HIJOS E HIJAS NACIDOS VIVOS TOTAL _____ HIJOS NACIDOS VIVOS _____ HIJAS NACIDAS VIVAS _____		4. HIJOS E HIJAS QUE AUN VIVEN TOTAL _____ HIJOS QUE AUN VIVEN _____ HIJAS QUE AUN VIVEN _____	
5. LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO (1) HOSPITAL O CLINICA OFICIAL (2) HOSPITAL O CLINICA PRIVADO (3) CASA PARTICULAR (4) OTRO LUGAR ESPECIFIQUE			
6.- PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO (1) MEDICO (2) ENFERMERA (3) PARTERA (4) OTRA ESPECIFIQUE			
7.- TIPO DE UNION DE LA MADRE (1) SOLTERA (2) CASADA (3) UNION LIBRE (4) SEPARADA (5) DIVORCIADA (6) VIUDA			
8.- ESCOLARIDAD DEL PADRE (1) SIN ESCOLARIDAD (5) SECUNDARIA O EQUIVALENTE (2) DE 1 A 3 AÑOS DE PRIMARIA (6) PREPARATORIA O EQUIVALENTE (3) DE 4 A 5 AÑOS DE PRIMARIA (7) PROFESIONAL (4) PRIMARIA TERMINADA (8) OTRA ULTIMO GRADO APROBADO _____		9.- ESCOLARIDAD DE LA MADRE (1) SIN ESCOLARIDAD (5) SECUNDARIA O EQUIVALENTE (2) DE 1 A 3 AÑOS DE PRIMARIA (6) PREPARATORIA O EQUIVALENTE (3) DE 4 A 5 AÑOS DE PRIMARIA (7) PROFESIONAL (4) PRIMARIA TERMINADA (8) OTRA ULTIMO GRADO APROBADO _____	
10.- SITUACIÓN LABORAL (1) TIENE TRABAJO O ESTÁ BUSCANDO TRABAJO <input type="checkbox"/> (4) JUBILADO O PENSIONADO (2) ESTUDIANTE PARA TRABAJAR <input type="checkbox"/> (5) INCAPACITADO PERMANENTE (3) DEDICADO A QUEHACERES DEL HOGAR (6) OTRA _____		11.- SITUACIÓN LABORAL (1) TIENE TRABAJO O ESTÁ BUSCANDO TRABAJO (4) JUBILADO O PENSIONADO (2) ESTUDIANTE PARA TRABAJAR (5) INCAPACITADO PERMANENTE (3) DEDICADO A QUEHACERES DEL HOGAR (6) OTRA _____	
12.- POSICIÓN EN SU TRABAJO (1) OBRERO (4) TRABAJADOR POR SU CUENTA (2) EMPLEADO (5) PATRON O EMPRESARIO (3) JORNALERO O PEON (6) TRABAJADOR FAMILIAR NO RENUMERADO		13.- POSICIÓN EN SU TRABAJO (1) OBRERO (4) TRABAJADOR POR SU CUENTA (2) EMPLEADO (5) PATRON O EMPRESARIO (3) JORNALERO O PEON (6) TRABAJADOR FAMILIAR NO RENUMERADO	
14.- INGRESO MENSUAL _____		14.- INGRESO MENSUAL _____	