**SOLICITUD DE CAMBIO DE ADSCRIPCIÓN Y/O ROTACIÓN POR MOTIVOS DE SALUD**  
*Con fundamento en el Artículo 37 de los Lineamientos aplicables*

**Fecha de elaboración:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

**I. DATOS GENERALES DE LA PERSONA SOLICITANTE**

* **Nombre:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Cargo/Puesto actual:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **Adscripción actual:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**II. INFORME DE SALUD**

* **Descripción de la situación de salud:**
* **Beneficio esperado del cambio de adscripción o rotación:**

**Nombre completo y firma**

**III. ANEXAR DOCUMENTOS PROBATORIOS QUE SUSTENTEN LO SEÑALADO EN EL INFORME DE SALUD.**

**☐** Documentación expedida por la institución de seguridad social o institución pública de salud  
**☐** Dictamen médico de autoridad certificada (solo en caso de no contar con la documentación anterior)