

Secretaría de Relaciones Exteriores

Formato que suscriben quienes asisten a la persona mayor de edad con discapacidad que no está en posibilidad de manifestar su voluntad para la expedición de pasaporte en territorio nacional (OP-8 / B)

Campos de control interno Recepción Dictaminación Autorización Uso exclusivo SRE.

Observaciones: _____

Lugar: _____ a: DD / MM / AAAA.

Los que suscribimos, quienes asistimos en la toma de decisiones de la persona con discapacidad que no está en posibilidad de manifestar su voluntad en la solicitud de Pasaporte de nombre completo: _____, expresamos para los efectos del artículo 17 del Reglamento de Pasaportes y del Documento de Identidad y Viaje vigente, que comparecemos para asistir a nuestro pariente con la finalidad de que le sea expedido pasaporte por una vigencia de: _____ año(s).

Nombre de quien asiste en la toma de decisiones

Nombre de quien asiste en la toma de decisiones

Parentesco: _____

Para realizar el trámite me identifico con el siguiente

Documento: _____

Expedido por: _____

Número: _____

Fecha de expedición: DD / MM / AAAA

Fecha de vencimiento: DD / MM / AAAA

Firma

Pulgar

Índice

Dedo medio

Anular

Meñique

Mano derecha

Meñique

Anular

Dedo medio

Índice

Pulgar

Mano izquierda

Formato muestra

Parentesco: _____

Para realizar el trámite me identifico con el siguiente

Documento: _____

Expedido por: _____

Número: _____

Fecha de expedición: DD / MM / AAAA

Fecha de vencimiento: DD / MM / AAAA

Firma

Pulgar

Índice

Dedo medio

Anular

Meñique

Mano derecha

Meñique

Anular

Dedo medio

Índice

Pulgar

Mano izquierda

Aviso importante: La firma y huellas dactilares deberán ser impresas ante el servidor público de la Delegación, Oficina de Enlace Estatal o Municipal con la SRE cuando integren su expediente de pasaporte.