**SOLICITUD PARA APOYO DE MEDICAMENTOS**

**Sol. Núm.:** ☐

**ARQ. MANUEL ALAN MURILLO MURILLO**
**PRESIDENTE MUNICIPAL**

Sombrerete, Zacatecas a _____ de _____ del 2023

Por medio de la presente me dirijo a usted, enviándole un cordial saludo y solicitando de la manera más atenta su apoyo con el siguiente medicamento:

_____

_____

Anexando a la presente solicitud copia de mi credencial de elector, así como la receta médica del medicamento que estoy solicitando, asumiendo total responsabilidad de los efectos que el medicamento pudiera causar en mi persona y deslindado de responsabilidad al departamento de Salud Pública y Medio Ambiente.

Sin más por el momento me despido agradeciendo la atención brindada a la presente.

Atentamente:

_____

Nombre y firma del solicitante