

SOLICITUD PARA TRÁMITE DE PASAPORTE MEXICANO. CONSULMEX ESTAMBUL

Indicar vigencia del pasaporte: 3 AÑOS ☐ 6 AÑOS ☐ 10 AÑOS ☐ Emergencia* ☐
* Deberá presentar documentos adicionales para comprobar la emergencia.

Favor de llenar la solicitud en español y con letra legible.

DATOS BÁSICOS:

Nombre (incluyendo apellidos): _____
Fecha de nacimiento: _____
Lugar de nacimiento (país, estado/provincia): _____
Último grado de estudios (terminado): _____
Ocupación actual: _____ Estado Civil: _____

DOMICILIO ACTUAL:

Dirección completa: _____
Ciudad: _____ País: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

FILIACIÓN (SELECCIONE CON UNA "X"):

Tez (color de piel): Blanca <input type="checkbox"/> Morena clara <input type="checkbox"/> Morena oscura <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Rosada <input type="checkbox"/> Otra: _____	Compleción: Delgada <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Robusta <input type="checkbox"/> Estatura (m): _____ Peso (kg): _____	Color de cabello: Cano <input type="checkbox"/> Castaño Claro <input type="checkbox"/> Castaño oscuro <input type="checkbox"/> Entrecano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Pelirrojo <input type="checkbox"/> Rubio <input type="checkbox"/> Sin cabello <input type="checkbox"/> Otro: _____
Tamaño de cabello: Corto <input type="checkbox"/> Mediano <input type="checkbox"/> Largo <input type="checkbox"/> Otro: _____	Tipo de cabello: Calvo/rapado <input type="checkbox"/> Lacio <input type="checkbox"/> Ondulado <input type="checkbox"/> Rizado <input type="checkbox"/> Otro: _____	Color de ojos: Alternados <input type="checkbox"/> Azules <input type="checkbox"/> Café claro <input type="checkbox"/> Café oscuro <input type="checkbox"/> Verdes <input type="checkbox"/> Grises <input type="checkbox"/> Negros <input type="checkbox"/> Otro: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA EN TURQUÍA:

Nombre (incluyendo apellidos): _____ Parentesco/vínculo: _____
Dirección completa: _____
Código Postal: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA EN MÉXICO:

Nombre (incluyendo apellidos): _____ Parentesco/vínculo: _____
Dirección completa: _____
Código Postal: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

OTORGO CONSENTIMIENTO PARA DIFUSION O DISTRIBUCIÓN DE DATOS: SI _____ NO _____

Se hace de su conocimiento que todos los datos personales recabados para la realización del presente trámite, se encuentran protegidos de conformidad con lo que establece la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. Usted podrá verificar el aviso de privacidad integral y simplificado en el siguiente vínculo: <http://sre.gob.mx/avisos-de-privacidad>