

CURP _____



SOLICITUD PARA LA INCORPORACION DE ESTUDIANTES AL SEGURO FACULTATIVO DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL

FOLIO _____

FECHA DE MOV.	DIA	MES	AÑO
T.T. 2	ARGUMENTO		

DATOS DEL PLANTEL EDUCATIVO	
NOMBRE	INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR DE LA HUERTA
CLAVE	14EIT0010K
NIVEL EDUCATIVO	SUPERIOR

PARA USO EXCLUSIVO DEL IMSS	
REGISTRO IMSS DEL PLANTEL	B93 9900032 0
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL	
NUM. DE LA U.M.F.	

DATOS DEL ESTUDIANTE			
A) NOMBRE			
	APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE(S)
B) SEXO	1) MASCULINO	2) FEMENINO	()
C) FECHA DE NACIMIENTO		DIA()	MES() AÑO ()
D) LUGAR DE NACIMIENTO _____			
E) DOMICILIO			
	CALLE	NUMERO	LOCALIDAD CODIGO POSTAL
	MUNICIPIO		ENTIDAD FEDERATIVA
F) NOMBRE DE LOS PADRES		PADRE	_____
		MADRE	_____
G) ¿ADEMAS DE ESTUDIAR TRABAJA?		1) SI	2) NO ()
H) ¿DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE?	1) PADRES	2) CONYUGUE	3) OTROS ()
ESPECIFIQUE _____			
I) ¿EN QUE TRABAJA LA PERSONA DE LA QUE DEPENDE ECONOMICAMENTE?			
	1) SERVIDOR PUBLICO	5) MARINO O MILITAR	
	2) EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR	6) AGRICULTOR, GANADERO, CAMPESINO, PESCADOR	
	3) PROFESION U OFICIO POR SU CUENTA	7) OBRERO	
	4) COMERCIANTE O INDUSTRIAL	8) OTROS _____ ()	
ESPECIFIQUE _____			
J) ¿SE ENCUENTRA PROTEGIDO, YA SEA COMO TRABAJADOR O COMO BENEFICIARIO DE SUS PADRES O DE SU CONYUGUE EN ALGUNA INSTITUCION DE SEGURIDAD?			
	1) SI	2) NO	()
K) ¿QUE INSTITUCION LE DA SERVICIOS MEDICOS?			
	1) SEGURO SOCIAL	5) PEMEX	
	2) ISSSTE	6) INSTITUCION NACIONAL DE CREDITO (BANCOS)	
	3) SECRETARIA DE MARINA	7) OTRA _____ ()	
ESPECIFIQUE _____			
PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ ASENADOS SON CIERTOS			
			FIRMA DEL ESTUDIANTE

PLANTEL EDUCATIVO SE CERTIFICA QUE EL SOLICITANTE ES ESTUDIANTES DE ESTE PLANTEL ING. ALDO BONI OREGON HINOJOSA NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE
--

IMSS DELEGACIONAL SELLO _____ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE



COMPROBANTE DE SOLICITUD

FOLIO _____

INCORPORACION DE ESTUDIANTES AL SEGURO
FACULTATIVO DEL REGIMEN DEL
SEGURO SOCIAL

IMPORTANTE

- EN CASO DE REQUERIR SERVICIO MEDICO, PRESENTE ESTE DOCUMENTO EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR QUE ASIGNE EL INSTITUTO.
- ESTE COMPROBANTE DEBERA SER CANJEADO POR EL AVISO AUTOMATICO DE INSCRIPCION EN EL SEGURO FACULTATIVO EN LOS SERVICIOS ESCOLARES DEL PLANTEL EDUCATIVO.

SERVICIOS ESCOLARES

SELLO

ING. MIRIAM MONROY ALVAREZ

|