



F-SF-02

## SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL SEGURO FACULTATIVO IMSS

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

**DIRECTOR (A):** \_\_\_\_\_

**UNIDAD ACADÉMICA:** \_\_\_\_\_

**P R E S E N T E**

Por este medio hago de su conocimiento que en mi calidad de estudiante de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos es de mi interés solicitar, por este medio, el Seguro Facultativo que se brinda a través del Instituto Mexicano del Seguro Social derivado del acuerdo ACDO.SA1.HCT.281015/245.P.DIR.

Por lo anterior hago entrega al Gestor Responsable de Seguridad Social Estudiantil, los datos requeridos para el trámite correspondiente.

**NOMBRE DEL ALUMNO:** \_\_\_\_\_

**MATRÍCULA/FICHA:** \_\_\_\_\_ **SEMESTRE:** \_\_\_\_\_ **GRUPO:** \_\_\_\_\_

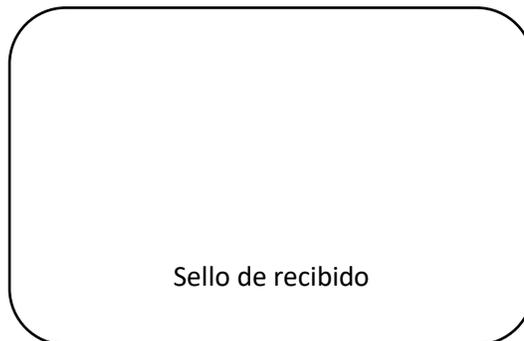
**CORREO:** \_\_\_\_\_

Anexo copia fotostática simple de la asignación y/o localización del número de Seguro Social y copia de una identificación con fotografía.

**(En caso de ser menos de edad, deberá firmar también el tutor del alumno y anexará copia de INE)**

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma Interesado (a)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del Tutor (a)  
(En caso de ser menor de edad)



**Importante: El presente documento elimina todo acuerdo anterior a la fecha emitida por éste)**

