

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 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 (A): \_\_\_\_\_

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 menor de edad, deberá firmar el tutor del alumno y anexar copia de INE)**

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

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

Sello de recibido

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