



COMPROBANTE DE SOLICITUD

FOLIO

INCORPORACION DE ESTUDIANTES AL SEGURO FACULTATIVO DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL

I M P O R T A N T E

- 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

NOMBRE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

PARA EL ESTUDIANTE

SOLICITUD DE INSCRIPCION AL SEGURO DE SALUD PARA ESTUDIANTES

DEL 02 DE ENERO AL 30 DE ABRIL DEL 2006

FECHA DE MOV DD MM AA

T.T. 2

ARGUMENTO

FOLIO

DATOS DEL PLANTEL EDUCATIVO
NOMBRE: <u>UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE NUEVO LAREDO</u>
CLAVE: <u>28EUT0004Y</u>
NIVEL EDUCATIVO: <u>SUPERIOR</u>

DATOS DEL I.M.S.S.
REGISTRO IMSS DEL PLANTEL: <u>E97-99011-32-0</u>
NUMERO DE SEGURIDAD SOCIAL :
CLAVE UNICA DE REG. DE POB :
NUMERO DE U.M.F <u>78</u>

DATOS DEL ESTUDIANTE

A) NOMBRE DEL ALUMNO _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

B) SEXO 1.- MASCULINO 2.- FEMENINO ()

C) FECHA DE NACIMIENTO () () ()
DIA MES AÑO

D) LUGAR DE NACIMIENTO _____

E) DOMICILIO _____ C.P. _____
CALLE NUMERO COLONIA
MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA

F) NOMBRE DE LOS PADRES PADRE _____
MADRE _____

G) ¿ADEMAS DE ESTUDIAR TRABAJAS? 1) SI 2) NO ()

H) ¿DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE? 1) PADRES 2) CONYUGE 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 ()
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 CONYUGE EN ALGUNA INSTITUCION DE SEGURIDAD SOCIAL
1) SI 2) NO ()

K) ¿QUE INSTITUCION LES DA SERVICIOS MEDICOS?
1) SEGURO SOCIAL 5) PEMEX
2) I.S.S.S.T.E. 6) INSTITUTO NACIONAL DE CREDITOS
3) SECRETARIA DE MARINA 7) OTRA ESPECIFIQUE: **NINGUNO** ()
4) SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL No. DE CONTROL _____

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON CIERTOS

FIRMA DEL ESTUDIANTE

PLANTEL EDUCATIVO
SE CERTIFICA QUE EL SOLICITANTE ES ESTUDIANTE DE ESTE PLANTEL
SELLO
FECHA NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

I.M.S.S. DELEGACIONAL
SELLO
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE