



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

FOLIO

FECHA

T.T.2

DATOS DEL PLANTEL	PARA USO EXCLUSIVO DEL I.M.S.S.
NOMBRE: _____	REGISTRO IMSS DEL PLANTEL _____
CLAVE _____	NUMERO DE SEG. SOCIAL _____
NIVEL EDUCATIVO _____	NUMERO DE UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR _____

DATOS DEL ESTUDIANTE	
A) NOMBRE	_____
	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	_____
	CALLE NUMERO LOCALIDAD CODIGO POSTAL
<b>CURP</b>	_____
	MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA
F) NOMBRE DE LOS PADRES	PADRE _____ MADRE _____
G) ¿ADEMAS DE ESTUDIA TRABAJA?	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, PESCADOR 3) PROFESION U OFICIO POR SU CUENTA 7) OBRERO 4) COMERCIANTE O INDUSTRIAL 8) OTROS _____
J) ¿SE ENCUENTRA PROTEGIDO, YA SEA COMO TRABAJADOR O COMO BENEFICIARIO DE SUS PADRES O DE SU CONYUGE, EN ALGUNA INSTITUCION DE SEGURIDAD?	1) SI 2) NO ( )
K) ¿QUE INSTITUCION LE DA SERVICIOS MEDICOS?	( )
	1) SEGURO SOCIAL 5) PEMEX 2) I.S.S.S.T.E. 6) INSTITUCION NACIONAL DE CREDITO (BANCOS 3) SECRETARIA DE MARINA 7) OTRA _____ 4) SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL ESPECIFIQUE
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON CIERTOS	_____
	FIRMA DEL ESTUDIANTE

PLANTEL EDUCATIVO	I.M.S.S. DELEGACIONAL
SE CERTIFICA QUE EL SOLICITANTE ES ESTUDIANTE DE ESTE PLANTEL	
SELLO	SELLO
_____	_____
DIANA SOLEDAD ARAGÓN SAUCEDO	ING. LETICIA CARDOZA VALDEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

