



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

FOLIO

DATOS DEL PLANTEL EDUCATIVO
Nombre: _____
CURP: _____
Clave: _____
Nivel educativo: _____

PARA USO EXCUSIVO DEL I.M.S.S.
Registro I.M.S.S. del plantel: _____
No. de afiliación del estudiante: _____
No. Unidad de Medicina Familiar: _____

DATOS DEL ESTUDIANTE			
A) NOMBRE: _____			
	Apellido paterno	materno	nombre(s)
B) SEXO:	1.- Masculino	2.- Femenino	( )
C) LUGAR DE NACIMIENTO: _____			
D) FECHA DE NACIMIENTO: _____			
	Día	Mes	Año
E) DOMICILIO: _____			
	Calle	Número	Localidad
			C.P.
	Municipio		Entidad Federativa.
F) DATOS DE LOS PADRES: Padre: _____			
	Lugar y Fecha de Nacimiento: _____		
	Madre: _____		
	Lugar y fecha de nacimiento: _____		
G) ¿ADEMÁS DE ESTUDIAR TRABAJA?	Si	No	
H) ¿DE QUIEN DEPENDE ECONÓMICAMENTE? 1) Padres 2) Cónyuge 3) Otros _____			
			Especifique
I) ¿EN QUE TRABAJA LA PERSONA DE LA QUE DEPENDE ECONÓMICAMENTE?			
1) Servidor público.	5) Marino o Militar		
2) Empleado de empresa particular.	6) Agricultor, ganadero, campesino o pescador.		
3) Profesión u oficio por su cuenta.	7) Obrero.		
4) Comerciante o industrial.	8) Otra _____ (especifique).		
BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON CIERTOS.			
<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Firma del estudiante</p>			

PLANTEL EDUCATIVO	I.M.S.S DELEGACIONAL
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE