SOLICITUD PARA LA INCORPORACION DEL ESTUDIANTE AL SEGURO FACULTATIVO DEL REGIMIEN DEL SEGURO SOCIAL

FOLIO

FECHA DE INICIO: [ ] [ ] [ ]
DIA MES AÑO

DATOS DEL PLANTEL	PARA USO EXCLUSIVO DEL I.M.S.S.
NOMBRE: UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DEL VALLE DE MÉXICO	REGISTRO I.M.S.S. DEL PLANTEL: **C559900832 8**
CLAVE: **15EPO0001Z**	NUMERO DE AFILIACION DEL ESTUDIANTE:
NIVEL EDUCATIVO: EDUCACIÓN SUPERIOR	NUMERO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR:

DATOS DEL ESTUDIANTE

A) NOMBRE _____
APELLIDO PATERNO **MATERNO** **NOMBRE (S)**

B) C.U.R.P. _____

C) SEXO **1)** MASCULINO **2)** FEMENINO ( )

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

E) LUGAR DE DE NACIMIENTO _____

F) DOMICILIO _____
CALLE **NUMERO** **LOCALIDAD/COLONIA** **CODIGO POSTAL**

_____ _____
MUNICIPIO **ENTIDAD FEDERATIVA**

G) NOMBRE DE LOS PADRES PADRE _____
MADRE _____

H) ¿ADEMAS DE ESTUDIAR TRABAJA? **1)** SI **2)** NO ( )

I) ¿DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE? **1)** PADRES **2)** CONYUGE **3)** OTROS _____ ( )
ESPECIFIQUE

J) ¿EN QUE TRABAJA LA PERSONA DE LA QUE DEPENDE ECONOMICAMENTE?

1) SERVIDOR PÚBLICO
2) EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR
3) PROFESION U OFICIO POR SU CUENTA
4) COMERCIANTE O INDUSTRIAL
5) MARINO MILITAR
6) AGRICULTOR, GANADERO, CAMPESINO, PESCADOR
7) OBRERO
8) OTROS _____ ( )
ESPECIFIQUE

K) ¿SE ENCUENTRA PROTEGIDO, YA SEA COMO TRABAJADOR O COMO BENEFICIARIO DE SUS PADRES O DE SU CONYUYGE, EN ALGUNA INSTITUCION DE SEGURIDAD?

1) SI **2)** NO ( )

L) ¿QUE INSTITUCION LE DA SERVICIOS MEDICOS?

1) SEGURO SOCIAL
2) I.S.S.S.T.E.
3) SECRETARIA DE MARINA
4) SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
5) PEMEX
6) INSTITUCION NACIONAL DE CREDITO (BANCOS)
7) OTRA _____ ( )
ESPECIFIQUE

_____
BAJO PROTESTA DE DECIR LA VERDAD 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
LIC. FELIPE ISLAS BERNAL NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

PARA SERVICIOS ESCOLARES