



UNIVERSIDAD VERACRUZANA
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN ESCOLAR
REGIÓN COATZACOALCOS-MINATITLÁN
Facultad de Medicina, Dependencia: 52403, Clave 14160

FMM-SA-07

SOLICITUD PARA EL SEGURO FACULTATIVO

DATOS DEL ALUMNO				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (s)	GENERO	Matrícula
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:				
DOMICILIO ACTUAL		EN EMERGENCIA AVISAR A:		
		Teléfono		
		Nombre:		
Correo elect. inst.:				
Teléfono:		CURP		
DATOS ACADÉMICOS				
PROGRAMA EDUCATIVO	CAMPUS		PERIODO: (1) ago/ene (2) feb/jul	
Médico Cirujano	I Minatitlán, Nivel L		Clave SIIU:	
MEDI-04-E-CR	Código: 42	de a		
INFORMACIÓN				
Anexar: Fotocopia de la CURP Fotocopia de la credencial del IFE o INE Comprobante de domicilio (Recibo del Agua, Luz, Teléfono, Cable u otro) Impresión del trámite del Número de Seguridad Social				
PARA SOLICITAR SU NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL POR INTERNET INGRESAR A LA PÁGINA: www.imss.gob.mx -> Derechohabientes, Pensionados y Público en general -> Selecciona opción EMPLEO - -> Solicitud de Asignación de Número de Seguridad Social -> Trámite digitalizado --> Iniciar trámite (tener CURP y correo electrónico a la mano). Utilizar el Navegador Google Chrome.				
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD, DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON CIERTOS				
TUTOR ACADÉMICO (Nombre y firma)				
TIPO DE INSCRIPCIÓN				
REINGRESO	TRASLADO		REVALIDACIÓN O EQUIVALENCIA	REINGRESO DE BAJA TEMPORAL
	Autorización No.		Autorización No.	
COORDINACIÓN TÉCNICA				
Fecha de recepción:		Vo. Bo.		
ATENTAMENTE LIS DE VERACRUZ, ARTE, CIENCIA, LUZ MINATITLÁN, VER. A _____ DE _____ DEL 20 _____				
ESTUDIANTE (Nombre y firma)			SECRETARIA ACADÉMICA DE FACULTAD	

- * Sujeto a la revisión de escolaridad.
- * Usar tinta azul en el original
- * Presentar en triplicado.