



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

FMM-SA-08

RESPONSIVA PARA SEGURO FACULTATIVO

DATOS DEL ALUMNO			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE (s)	Matrícula
DOMICILIO ACTUAL		EN EMERGENCIA AVISAR A:	
		Teléfono	
		Nombre:	
Correo elect. inst.:			
Teléfono:			
DATOS ACADÉMICOS			
PROGRAMA EDUCATIVO	CAMPUS	PERIODO: (1) ago/ene (2) feb/jul	
Médico Cirujano	I Minatitlán, Nivel L	Clave SIU:	
MEDI-04-E-CR	Código: 42	de	a
DECLARATIVA			
<p>El suscrito, alumno de ésta facultad, inscrito en el periodo _____, informo a usted, que estoy afiliado al:</p> <p>1.- I.M.S.S. ()</p> <p>2.- I.S.S.S.T.E. ()</p> <p>3.- SECRETARÍA DE MARINA ()</p> <p>4.- PEMEX ()</p> <p>5.- INSTITUCIÓN NACIONAL DE CRÉDITOS ()</p> <p>6.- OTRO _____ ()</p> <p>Con Numero de seguridad Social _____</p> <p>Queda bajo mi responsabilidad no afiliarme al Seguro Facultativo que ofrece la Universidad Veracruzana, en convenio con el Instituto Mexicano del Seguro Social, desligando de cualquier compromiso a las autoridades de mi facultad.</p>			
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.	
<p align="center">ATENTAMENTE LIS DE VERACRUZ, ARTE, CIENCIA, LUZ</p> <p align="center">MINATITLÁN, VER. A _____ DE _____ DEL 20 _____</p>			
ESTUDIANTE (Nombre y firma)		SECRETARIA ACADÉMICA DE FACULTAD	

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