SOLICITUD PARA LA INCORPORACIÓN DE ESTUDIANTE AL SEGURO FACULTATIVO DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL

FOLIO

DATOS DEL PLANTEL EDUCATIVO	PARA USO EXCLUSIVO DEL I.M.S.S.
NOMBRE UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA SUR CLAVE: 030064 NIVEL EDUCATIVO SUPERIOR	REGISTRO I.M.S.S. DEL PLANTEL : A 09 99 000 32-4 NÚMERO DE AFILIACIÓN DEL ESTUDIANTE:_____ NÚMERO DE LA UNIDAD MEDICA FAMILIAR:_____

DATOS DEL ESTUDIANTE

A) NOMBRE COMPLETO: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

B) SEXO 1)FEMENINO 2)MASCULINO ( )

C) FECHA DE NACIMIENTO ( ) ( ) ( ) C.U.R.P:_____
DÍA MES AÑO

D) LUGAR DE NACIMIENTO _____

E) DOMICILIO _____
CALLE NÚMERO COLONIA CÓDIGO POSTAL

_____ _____
MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA

F) NOMBRE COMPLETO DE LOS PADRES: PADRE _____

FECHA DE NACIMIENTO ( ) ( ) ( ) LUGAR DE NACIMIENTO _____
DIA MES AÑO

MADRE _____

FECHA DE NACIMIENTO ( ) ( ) ( ) LUGAR DE NACIMIENTO _____
DIA MES AÑO

G) ¿ADEMÁS DE ESTUDIAR TRABAJA? 1) SI 2) NO ( )

H) ¿DE QUIÉN DEPENDE ECONÓMICAMENTE? 1) PADRES 2) CONYUGE 3) OTROS ( )

¿EN QUE TRABAJA LA PERSONA DE QUE DEPENDE ECONÓMICAMENTE?

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

I)¿SE ENCUENTRA PROTEGIDO, YA SEA COMO TRABAJADOR O COMO BENEFICIARIO DE SUS PADRES O DE SU CONYUGE, EN ALGUNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD?
SI 1) 2) NO ( )

J)¿QUE INSTITUCIÓN LE DA SERVICIO MÉDICO?

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

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
M .EN C. ALBERTO FRANCISCO TORRES GARCÍA NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE