SOLICITUD PARA LA INCORPORACIÓN DE ESTUDIANTES AL SEGURO FACULTATIVO DEL RÉGIMEN DEL SEGURO SOCIAL

CICLO ESCOLAR 2010-A. INICIO 01 DE AGOSTO 2010, TERMINA 31 DE ENERO 2011

GRADO_____
GRUPO _____

DATOS DEL PLANTEL EDUCATIVO

NOMBRE:____UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA____
CLAVE:_____14MSU00102_____
NIVEL EDUCATIVO:_____LICENCIATURA_____

PARA USO EXCLUSIVO DEL I.M.S.S.

REGISTRO I.M.S.S. DEL PLANTEL: _____B79-99005-32 _____
NUMERO DE AFILIACIÓN DEL ESTUDIANTE:_____
NUMERO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR:_____

DATOS DEL ESTUDIANTE

1) CODIGO:_____ CARRERA:_____

2) NOMBRE:_____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

3) SEXO: MASCULINO ( ) FEMENINO ( )

4) FECHA DE NACIMIENTO: ( ) ( ) ( )
DIA MES AÑO

5) LUGAR DE NACIMIENTO:_____ E-MAIL: _____

6) DOMICILIO:_____
CALLE NUMERO COLONIA CODIGO POSTAL

7) TELEFONO:_____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

8) NOMBRE DE LOS PADRES: PADRE:_____

MADRE:_____

9) ¿ADEMAS DE ESTUDIAR TRABAJA? SI ( ) NO ( )

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

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

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

12) ¿SE ENCUENTRA PROTEGIDO, YA SEA COMO TRABAJADOR O COMO BENEFICIARIO DE SUS PADRES O DE SU CONYUGE, EN ALGUNA INSTITUCIÓN DE SEGURIDAD?

SI ( ) NO (X)

13) ¿QUE INSTITUCIÓN 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) INSTITUCIÓN NACIONAL DE CREDITO (BANCOS)
7) OTRA _____NINGUNA_____ (7)
ESPECIFIQUE

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON CIERTOS.

_____
FIRMA DEL ESTUDIANTE

PLANTEL EDUCATIVO

SE CERTIFICA QUE EL SOLICITANTE
ES ESTUDIANTE DE ESTE PLANTEL.

SELLO

_____

Mtro. Francisco Javier Maldonado Virgen
Coordinador de Control Escolar
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

I.M.S.S. DELEGACIONAL

SELLO

_____

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE