

**Departamento de Seguridad Social Estudiantil**

**SOLICITUD DE INCORPORACIÓN**

F-SF-002

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

**DIRECTOR (A) :** \_\_\_\_\_  
**UNIDAD ACADÉMICA:** \_\_\_\_\_

**P R E S E N T E**

Por este medio hago de su conocimiento que **ES DE MI INTERÉS TRAMITAR** el Seguro Facultativo que me brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social en calidad de estudiante de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos derivado del decreto **ACDO.SA1.HCT.281015/246.P.DIR.**

Derivado de lo anterior entrego al Gestor Responsable los datos requeridos para este movimiento.

NOMBRE DEL ALUMNO: \_\_\_\_\_

MATRÍCULA/FICHA: \_\_\_\_\_ SEMESTRE: \_\_\_\_\_ GRUPO: \_\_\_\_\_

CORREO: \_\_\_\_\_

Anexo copia fotostática simple de la Asignación y/o Localización del número de seguridad social y de una identificación con fotografía.

**(En caso de ser menor de edad, deberá firmar también el tutor del alumno y anexará copia de INE)**

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma Interesado (a)

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Tutor (a)  
**(En caso de ser menor de edad)**

Sello de recibido

**IMPORTANTE: El presente documento elimina todo acuerdo anterior a la fecha emitida por éste.**