

Fecha: \_\_\_\_\_

Matricula: \_\_\_\_\_

Quien suscribe \_\_\_\_\_,  
alumno del Plantel \_\_\_\_\_,  
informa a Usted que SÍ cuento con servicio de seguridad social; por lo cual NO  
requiero que se me incorpore al seguro facultativo.

---

Nombre y Firma del Alumno

---

Nombre y Firma del Tutor

Tipo de seguridad social con el que cuenta:

---

Motivos:

---