



**SOLICITUD PARA LA INCORPORACION DE ESTUDIANTES AL  
SEGURO FACULTATIVO DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL**

**T.T. 2**

DATOS DEL PLANTEL	PARA USO ESCLUSIVO DEL I.M.S.S
NOMBRE: <u>Ciencias de la Comunicación</u>	B6399026321
CLAVE: <u>067</u>	REGISTRO IMSS DEL PLANTEL _____ (DEJAR VACIO)
NIVEL EDUCATIVO: <u>Licenciatura</u>	NUM.DE AFIL. DEL ESTUDIANTE _____
	NUM. DE LA UNIDAD DE MED. FAMILIAR <u>03</u>
	CURP: <u>CONM631220HGRRVR06</u>

DATOS DEL ESTUDIANTE			
A) NOMBRE _____	APELIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRE (S)
B) SEXO	1) MASCULINO	2) FEMENINO	( 1 )
C) FECHA DE NACIMIENTO			( 20 ) ( 12 ) ( 63 ) DIA MES AÑO
D) LUGAR DE NACIMIENTO (MUNICIPIO Y ESTADO)	<u>Chilpancingo, Gro.</u>		
E) DOMICILIO _____	CALLE	NUMERO	<u>Chilpancingo</u> LOCALIDAD
	<u>De los Bravo</u>	<u>Guerrero</u>	
	MUNICIPIO	ENTIDAD FEDERATIVA	
F) NOMBRE DE LOS PADRES	PADRE _____	(NOMBRE Y APELLIDOS)	_____
	MADRE _____	(NOMBRE Y APELLIDOS)	_____
G) ¿ADEMAS DE ESTUDIAR TRABAJA?	1) SI	2) NO	( 2 )
H) ¿DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE?	1) PADRES	2) CONYUGE	3) OTROS _____
I) ¿ EN QUE TRABAJA LA PERSONA DE LA QUE DEPENDE ECONOMICAMENTE?			( 3 )
	1) SERVIDOR PUBLICO	5) MARINO O MILITAR	
	2) EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR	6) AGRICULTOR, GANADERO, CAMPESINO, PESCADOR	
	3) PROFESION U OFICIO POR SU CUENTA	7) OBRERO	
	4) COMERCIANTE O INDUSTRIAL	8) OTROS _____	
J) ¿ SE ENCUENTRA PROTEGIDO, YA SEA COMO TRABAJADOR O COMO BENEFICIARIO DE SUS PADRES O DE SU CONYUGE EN ALGUNA INSTITUCION DE SEGURIDAD?			( 2 )
	1) SI	2) NO	
K) ¿QUE INSTITUCION LE DA SERVICIOS MEDICOS?			( )
	1) SEGURO SOCIAL	4) SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL	OTRA <u>Particular</u>
	2) ISSSTE	5) PEMEX	
	3) SECRETARIA DE MARINA	6) INSTITUCION NACIONAL DE CREDITO (BANCO)	
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON CIERTOS			
			_____ FIRMA DEL ESTUDIANTE

PLANTEL EDUCATIVO	I.M.S.S.
SE CERTIFICA QUE EL SOLICITANTE ES ESTUDIANTE DE ESTE PLANTEL	SELLO
MC. MARTÍN CORNELIO NAVA	
_____ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	_____ NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE



**SOLICITUD PARA LA INCORPORACION DE ESTUDIANTES AL  
SEGURO FACULTATIVO DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL  
T.T. 2**

DATOS DEL PLANTEL	PARA USO ESCLUSIVO DEL I.M.S.S
NOMBRE: _____	REGISTRO IMSS DEL PLANTEL _____
CLAVE: _____	NUM.DE AFIL. DEL ESTUDIANTE _____
NIVEL EDUCATIVO _____	NUM. DE LA UNIDAD DE MED. FAMILIAR _____
	CURP: _____

DATOS DEL ESTUDIANTE			
A) NOMBRE _____	APELLIDO PATERNO _____	MATERNO _____	NOMBRE (S) _____
B) SEXO	1) MASCULINO	2) FEMENINO	( )
C) FECHA DE NACIMIENTO	( )	( )	( )
	DIA	MES	AÑO
D) LUGAR DE NACIMIENTO (MUNICIPIO Y ESTADO) _____			
E) DOMICILIO _____	CALLE _____	NUMERO _____	LOCALIDAD _____
	MUNICIPIO _____	ENTIDAD FEDERATIVA _____	
F) NOMBRE DE LOS PADRES	PADRE _____	MADRE _____	
G) ¿ADEMAS DE ESTUDIAR TRABAJA?	1) SI	2) NO	( )
H) ¿DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE?	1) PADRES	2) CONYUGE	3) OTROS _____ ( )
I) ¿ EN QUE TRABAJA LA PERSONA DE LA QUE DEPENDE ECONOMICAMENTE?	( )		
1) SERVIDOR PUBLICO	5) MARINO O MILITAR		
2) EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR	6) AGRICULTOR, GANADERO, CAMPESINO, PESCADOR		
3) PROFESION U OFICIO POR SU CUENTA	7) OBRERO		
4) COMERCIANTE O INDUSTRIAL	8) OTROS _____		
J) ¿ SE ENCUENTRA PROTEGIDO, YA SEA COMO TRABAJADOR O COMO BENEFICIARIO DE SUS PADRES O DE SU CONYUGE EN ALGUNA INSTITUCION DE SEGURIDAD?	( )		
	1) SI	2) NO	
K) ¿QUE INSTITUCION LE DA SERVICIOS MEDICOS?	( )		
1) SEGURO SOCIAL	4) SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL	OTRA _____	
2) ISSSTE	5) PEMEX		
3) SECRETARIA DE MARINA	6) INSTITUCION NACIONAL DE CREDITO (BANCO)		
BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON CIERTOS			
			FIRMA DEL ESTUDIANTE _____

PLANTEL EDUCATIVO	I.M.S.S.
SE CERTIFICA QUE EL SOLICITANTE ES ESTUDIANTE DE ESTE PLANTEL	SELLO
_____	_____
NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE	NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE