

SOLICITUD DE INCORPORACION DE ESTUDIANTE AL
REGIMEN OBLIGATORIO DEL SEGURO SOCIAL

FECHA:

REGISTRO I.M.S.S. DEL PLANTEL:	B13-99007-32-2
NUMERO DE AFILIACION DEL ESTUDIANTE:	4030
DIGITO VERIFICADOR:	*
NUMERO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR (UMF):	(debes anotar el número de la clínica más cercana a tu casa, según tu dirección)

Inicia tu nombre por los apellidos, llena la solicitud con letra legible y marca con una cruz los datos solicitados:

Nombre del alumno:			
Carrera:		Matrícula:	
División: CBI CSH CBS	Nivel: Licenciatura Maestría Doctorado	Sexo: Masculino Femenino	
Fecha de Nacimiento:		Lugar de Nacimiento:	
Domicilio:	Calle	No.	
Colonia:		Código Postal:	
Delegación o Municipio:		Entidad Federativa o Estado	

FIRMA DEL ALUMNO

IMPORTANTE: Solo se incorpora a los alumnos inscritos al trimestre lectivo y que no reciban otro servicio médico, que no estén asegurados o sean beneficiarios de sus padres o cónyuge con derecho a algún sistema de seguridad social como el: IMSS, ISSSTE, PEMEX y las Secretarías de la Defensa Nacional o de Marina.