



CÉDULA DE NO INCORPORACIÓN AL IMSS

Coordinación de Sistemas Escolares P R E S E N T E

FECHA	
TRIMESTRE	

Por medio de la presente le informo que no requiero incorporarme al SEGURO DE SALUD PARA ESTUDIANTES con la Universidad Autónoma Metropolitana – Lerma, ya que cuento con el mismo u otro Servicio Médico a través de la institución, que a continuación describo:

NOMBRE DEL ALUMNO					MATRÍCULA	
EDAD		SEXO	M	F	TELÉFONO	
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O COMPAÑÍA QUE DA EL SERVICIO MÉDICO (ESPECIFIQUE)						
DE QUIÉN DEPENDE EL SERVICIO MÉDICO QUE UTILIZA, ESPECIFICAR (TRABAJO DEL ALUMNO, PADRE, MADRE U OTRO).						
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		NÚMERO DE TELÉFONO DEL LUGAR QUE DA SERVICIO MÉDICO				
NÚMERO DE UMF, CLÍNICA U HOSPITAL DONDE ATIENDE.						
FECHA DE LA VIGENCIA O DE INICIO DEL SEGURO MÉDICO						

La información que contiene este documento es verdadera y comprobable en cualquier momento. Por lo cual deslindo de cualquier responsabilidad a la Universidad sobre el Seguro de Salud para Estudiantes

T-1 COORDINACIÓN DE SISTEMAS ESCOLARES

FIRMA DEL ALUMNO



CÉDULA DE NO INCORPORACIÓN AL IMSS

Coordinación de Sistemas Escolares P R E S E N T E

FECHA	
TRIMESTRE	

Por medio de la presente le informo que no requiero incorporarme al SEGURO DE SALUD PARA ESTUDIANTES con la Universidad Autónoma Metropolitana – Lerma, ya que cuento con el mismo u otro Servicio Médico a través de la institución, que a continuación describo:

NOMBRE DEL ALUMNO					MATRÍCULA	
EDAD		SEXO	M	F	TELÉFONO	
NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN O COMPAÑÍA QUE DA EL SERVICIO MÉDICO (ESPECIFIQUE)						
DE QUIÉN DEPENDE EL SERVICIO MÉDICO QUE UTILIZA, ESPECIFICAR (TRABAJO DEL ALUMNO, PADRE, MADRE U OTRO).						
NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL		NÚMERO DE TELÉFONO DEL LUGAR QUE DA SERVICIO MÉDICO				
NÚMERO DE UMF, CLÍNICA U HOSPITAL DONDE ATIENDE.						
FECHA DE LA VIGENCIA O DE INICIO DEL SEGURO MÉDICO						

La información que contiene este documento es verdadera y comprobable en cualquier momento. Por lo cual deslindo de cualquier responsabilidad a la Universidad sobre el Seguro de Salud para Estudiantes

T-2 ALUMNO

FIRMA DEL ALUMNO