

"EJEMPLO DE COMO DEBES LLENAR ESTA SOLICITUD"

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



DATOS DEL PLANTEL EDUCATIVO

NOMBRE: ESCUELA PREPARATORIA OFICIAL NÚMERO 75
 CLAVE: 15EBH0154R (MATUTINO) 15EBH0171H (VESPERTINO)
 NIVEL EDUCATIVO: MEDIO SUPERIOR

2 No. DE CUENTA:

PARA USO EXCLUSIVO DEL I.M.S.S.

REGISTRO IMSS DEL PLANTEL C3413872326
 No. AFILIACION ESTUDIANTE DEJAR ESTE ESPACIO EN BLANCO
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEJAR EN BLANCO

DATOS DEL ESTUDIANTE

A) NOMBRE FERNANDEZ FERNANDEZ JULIA
 A. PATERNO A. MATERNO NOMBRE (S)

B) SEXO 1) MASCULINO 2) FEMENINO (2)

C) FECHA DE NACIMIENTO (18) (04) (2000)
 DIA MES AÑO

D) LUGAR DE NACIMIENTO ESTADO DE MEXICO

E) DOMICILIO AMAPOLA 249 SAN LORENZO 56356
 CALLE NUMERO LOCALIDAD CODIGO POSTAL
CHIMALHUACAN ESTADO DE MEXICO
 MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA

F) NOMBRE DE LOS PADRES PADRE: JOSE FERNANDEZ CASTILLO
 MADRE: LUCERO FERNANDEZ NAVA

G) ¿ADEMAS DE ESTUDIAR TRABAJA? 1) SI 2) NO (2)

H) ¿DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE? 1) PADRES 2) CONYUGE 3) OTROS (1)

I) ¿EN QUE TRABAJA LA PERSONA DE LA QUE DEPENDE ECONOMICAMENTE?
 1) SERVIDOR PUBLICO 5) MARINO O MILITAR (3)
 2) EMPLEADO EN EMPRESA PARTICULAR 6) AGRICULTOR, GANADERO, CAMPESINO, PESCADOR
 3) PROFESION U OFICIO POR SU CUENTA 7) OBRERO
 4) COMERCIANTE O INDUSTRIAL 8) OTROS
 ESPECIFIQUE

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 (2)

K) ¿Qué INSTITUCION LE DA SERVICIO MEDICO?
 1) SEGURO SOCIAL 5) PEMEX
 2) I.S.S.S.T.E 6) INSTITUCION NACIONAL DE CREDITO (BANCOS)
 3) SECRETARIA DE MARINA 7) OTRA ()
 4) SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL
 ESPECIFIQUE SI EN LA PREGUNTA ANTERIOR TU RESPUESTA ES NO: DEJA ESTE INCISO EN BLANCO

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDA DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON CIERTOS

FIRMA DEL ESTUDIANTE Y DEL TUTOR

FIRMA DEL ESTUDIANTE

PLANTEL EDUCATIVO

SE CERTIFICA QUE EL SOLICITANTE
ES ESTUDIANTE DE ESTE PLANTEL

SELLO

DEJAR ESTE ESPACIO EN BLANCO

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

I.M.S.S. DELEGACIONAL

SELLO

DEJAR ESTE ESPACIO EN BLANCO

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE