



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

FOLIO

DATOS DEL PLANTEL EDUCATIVO

NOMBRE: INSTITUTO TECNOLOGICO SUPERIOR DE PUERTO PEÑASCO
 CLAVE: 26MSU0082X
 NIVEL EDUCATIVO: SUPERIOR

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

REGISTRO I.M.S.S. DEL PLANTEL: E70 99003 32 8.
 NUMERO DE AFILIACION DEL ESTUDIANTE:
 NUMERO DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR: 09

DATOS DEL ESTUDIANTE CURP:

A) NOMBRE _____
 APELLIDO PATERNO _____ MATERNO _____ NOMBRE(S) _____

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

C) FECHA DE NACIMIENTO _____ () () ()
 DIA MES AÑO

D) LUGAR DE NACIMIENTO _____

E) DOMICILIO _____ Puerto Peñasco 83550
 CALLE _____ NUMERO _____ LOCALIDAD _____ CODIGO POSTAL _____
 P. Peñasco Sonora
 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 _____ ()
 ESPECIFIQUE _____

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 _____
 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) ¿QUE INSTITUCION LE DA SERVICIOS MEDICOS ?
 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 _____

BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARO QUE LOS DATOS AQUI ASENTADOS SON CIERTOS.

FIRMA DEL ESTUDIANTE

PLANTEL EDUCATIVO

SE CERTIFICA QUE EL SOLICITANTE ES ESTUDIANTE DE ESTE PLANTEL

SELLO

PROF. MARÍA JESÚS REYES ORTIZ
 NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE

I.M.S.S. DELEGACIONAL

SELLO

NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE