**Formato de Responsiva - Seguro Facultativo (AE-P-F-28)**

Coatzacoalcos, Ver., a \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

Quien suscribe, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, alumno(a) con matrícula y CURP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito(a) en el Programa Educativo: adscrito a la Facultad de Trabajo Social, de la Región, Coatzacoalcos - Minatitlán perteneciente a la Universidad Veracruzana, manifiesto que no deseo la afiliación al Seguro Facultativo que otorga esta institución a sus estudiantes; lo anterior por así convenir a mis intereses personales, considerando las implicaciones que ello amerita.

**A t e n t a m e n t e**

(Nombre completo y firma)

Actualmente estoy afiliado a:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ( ) ISSSTE | ( ) IMSS | ( ) PEMEX | | ( ) SEDENA | ( ) SEMAR | ( ) SEGURO POPULAR |
| ( ) SERVICIO MÉDICO PARTICULAR | | | OTRO(Especifique):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |

Nombre y parentesco de quien te tiene afiliado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Tú mismo ( ).