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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ver., a \_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

Quien suscribe, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, alumno con matrícula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y CURP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito en el Programa Educativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ adscrito a la Facultad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de la Región, \_\_\_\_\_\_\_\_ 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)