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

Quien suscribe, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudiante con matrícula\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y CURP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito (a) en el Programa Educativo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adscrito a la Facultad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, del sistema\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la Región, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ perteneciente a la Universidad Veracruzana, y con número de seguridad social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto que deseo ser afiliado (a) al Seguro Facultativo que otorga esta Institución a sus estudiantes, por así convenir a mis intereses personales.

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

(Nombre completo y firma)