

Proceso: Permanencia
Formato para baja del Seguro Facultativo
(AE-P-F-34)



_____ Ver., a _____ de _____ de 20_____

Quien suscribe, _____, alumno con matrícula _____ y CURP _____, inscrito 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 no deseo continuar con la afiliación al Seguro Facultativo que otorga esta Institución a sus alumnos, 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)

Histórico de revisiones

No. De Revisión	Fecha de revisión o modificación	Sección o página modificada	Descripción de la revisión o modificación
1	05/08/2022	Página 2	Se actualizan fechas y firmas de autorización.

Firmas de autorización

Propone	Autoriza	Fecha	
		Autorización	Entrada en vigor
 Mtra. Blanca Estela Sánchez Hernández Jefa del Departamento de Supervisión y Desarrollo Escolar	 Mtra. Joyce García Gálvez Directora de Servicios Escolares	08/08/2022	15/08/2022