

Proceso: Permanencia
Formato para alta del Seguro Facultativo
Id: AE-P-F-35



_____ 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)

Histórico de revisiones

No. de Revisión	Fecha de revisión o modificación	Sección o página modificada	Descripción de la revisión o modificación
0	N/A	N/A	N/A
1	13/03/2024	Página 1	Se cambia alumno por estudiante. Se agrega: (a), después de "inscrito" y "afiliado"

Firmas de autorización

Propone	Autoriza	Fecha	
		Autorización	Entrada en vigor
 Mtra. Blanca E. Sánchez Hernández Titular del Departamento de Supervisión y Desarrollo Escolar	 Mtra. Joyce García Gálvez Titular de la Dirección de Servicios Escolares	13/03/2024	01/04/2024

Las firmas avalan y dan validez de la autenticidad del documento, así mismo aprueban su publicación para su implementación.