

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



_____ 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 deseo ser afiliado al Seguro Facultativo que otorga esta Institución a sus alumnos, 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 |

Firmas de autorización

| Propone | Autoriza | Fecha | |
|--|---|--------------|------------------|
| | | Autorización | Entrada en vigor |
|  Mtra. Blanca E. Sánchez Hernández Jefa del Departamento de Supervisión y Desarrollo Escolar |  Mtra. Joyce García Gálvez Directora de Servicios Escolares | 10/03/2023 | 17/03/2023 |