

**Proceso: Permanencia**  
**Formato para baja del Seguro Facultativo**  
**Id: 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)