Educación
Secretaría de Educación Pública

TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO

Instituto Tecnológico de Chetumal

CARTA RESPONSIVA DE RENUNCIA AL SEGURO FACULTATIVO DEL IMSS

Ciudad Chetumal, Quintana Roo a _____ de _____ de _____.

Yo, _____ estudiante de la carrera _____, inscrito (a) en el _____ semestre con Número de Control _**no aplica**_**RENUNCIO AL SEGURO FACULTATIVO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**, al cual tengo derecho por ser estudiante de esta institución de acuerdo al Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de Septiembre de 1998 y al Acuerdo de Consejo Técnico ACDO SA1 HCT 281015/246 P DIR publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de Diciembre de 2015.

Se me ha notificado que la incorporación y la vigencia a cualquier servicio médico es un requisito que se solicita en trámites de salidas académicas, servicio social, prácticas, movilidad estudiantil, así como también la existencia de periodos para dicho trámite y que no existen trámites extemporáneos ni urgentes.

Manifiesto que, soy consciente de los riesgos que puede implicar el no contar con el servicio médico que ofrece el IMSS, en caso de una enfermedad o accidente, razón por la cual, deslindo de toda responsabilidad al Instituto Tecnológico de Chetumal, así como a cualquiera de sus representantes legales ante cualquier accidente o situación adversa que pudiera suceder durante su estancia como estudiante de esta institución.

Así mismo, confirmo, bajo protesta de decir verdad que recibí por parte del plantel la información y requisitos para la realización de dicho trámite.

De igual manera informo que la institución que me ofrece los servicios de salud y/o médicos es:
IMSS ( ), ISSSTE ( ), SERVICIO MÉDICO MILITAR ( ), SERVICIO MÉDICO NAVAL ( ), OTRO _____ y estoy afiliado bajo el régimen como: TRABAJADOR/A ( ), HIJO/A DE TRABAJADOR ( ), CÓNYUGE ( ), CONCUBINATO ( ), PENSIONADO/A ( ), JUBILADO/A ( ), OTRO _____ en la cual el Número de registro (NSS) es _____.

Anexo la Constancia de Vigencia de Derechos de mi Servicio Médico.

ATENTAMENTE
PROTESTO LO NECESARIO

_____

Nombre y Firma del Estudiante

Favor de proporcionar número telefónico en caso de que se requiera _____