

C. MTRA. YANETT DEL CARMEN SALAS SALAS  
DIRECTORA DE LA ESCUELA "BACHILLERES EXPERIMENTAL MIXTA"  
CLAVE: 30EBH0417C  
MODALIDAD MIXTA  
P R E S E N T E

Asunto: **Renuncia incorporación** al Régimen Obligatorio del Seguro Social  
por lo que corresponden a las prestaciones en especie del  
Seguro de Enfermedades y Maternidad para estudiantes  
del nivel medio superior.

La (el) que suscribe C. \_\_\_\_\_ madre(padre o tutor) de la(el) alumna (o):  
\_\_\_\_\_ inscrita(o) en el \_\_\_\_\_ semestre, grupo  
\_\_\_\_\_ por este medio hago de su conocimiento que debido a que mi hijo(a) **cuenta con Servicio Médico** proporcionado por \_\_\_\_\_ o esta afiliado por quien suscribe la presenta al IMSS, **renuncio a la incorporación de mi hijo(a) al Régimen Obligatorio del Seguro Social** por lo que corresponden a las prestaciones en especie del Seguro de Enfermedades y Maternidad a la que tiene derecho por ser estudiante del nivel medio superior en una Institución Educativa del Estado.

En virtud de lo anterior **me comprometo a proporcionarle información sobre** el Servicio Médico con que cuenta mi hijo a), al cual podrían ustedes turnarlo en caso de una urgencia médica mientras se encuentra en las instalaciones del plantel a su cargo.

**Datos del alumno:**

CURP: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Servicio Médico con que cuenta: \_\_\_\_\_

No. de afiliación (en caso de tenerlo): \_\_\_\_\_

Xalapa, Ver., Eqz. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 202\_\_\_\_\_

Nombre y firma del Padre o tutor

Nombre y firma del alumno

(En caso de ser mayor de edad agregar copia de credencial de elector)

Fecha de recibido: \_\_\_\_\_