

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: **Solicitud de 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, tutor o alumno mayor de edad 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) **no cuenta con Servicio Médico** proporcionado por ninguna institución de salud **solicito su incorporación** 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 solicitar el número de afiliación en la fecha que ud. lo indique y ha dar de alta en la clínica correspondiente.

Datos del alumno (escritos de manera clara):

Número de afiliación: _____

(Sino cuentas con número de afiliación para generarlo ingresa a la página IMSS Digital)

CURP: _____

Correo electrónico (debe ser personal no de padre, madre, hermanos o de algún otro familiar o amigo).:

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)

Fecha de recibido: _____