

Instituto Tecnológico Superior
de Las Choapas

Las Choapas, Veracruz a ____de____del____

CARTA RESPONSIVA

El/la que suscribe _____, estudiante con número de control _____ de la carrera de _____, manifiesto que es mi expresa voluntad **RENUNCIAR** al servicio de Seguro Facultativo que ofrece el Instituto Mexicano de Seguro Social derivado de que actualmente me encuentro afiliado a la seguridad social a través de:

ISSSTE **Seguro Popular** **Servicio de Pemex** **Otro**

En el caso de otro, especifique: _____.

Clave del servicio médico: _____.

Así mismo estoy consciente del riesgo que conlleva no estar afiliado a ningún servicio de seguridad social y me comprometo a que si en algún momento pierdo la seguridad social actual, notificare al Departamento de Servicio Escolares del Instituto Tecnológico Superior de Las Choapas para iniciar las gestiones necesarias para obtener la afiliación al Seguro Facultativo.

ATENTAMENTE

FIRMA Y NOMBRE COMPLETO.

C.c. archivo.



Carretera Las Choapas – Cerro de Nanchital Km. 6 Col. J Mario Rosado, Las Choapas, Veracruz.
C.P. 96980 Tel. 923 32 32 010 E-mail: direcciongencral@choapas.tecnm.mx
tecnm.mx | www.choapas.tecnm.mx Facebook: TecNM Campus Las Choapas

