Lerma, Campeche (1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Asunto: **Renuncia al Seguro Facultativo**

**JOSE JAVIER PERALTA COSGAYA**

**DIRECTOR**

**INSTITUTO TECNOLOGICO DE CAMPECHE**

**AT’N JONATHAN HELÍ ORTIZ ARJONA**

**JEFE DEL DEPTO. DE SERVICIOS ESCOLARES**

Quien suscribe, (2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , estudiante del programa educativo de (3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de control (4) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , declaro que voluntariamente **RENUNCIO AL SEGURO FACULTATIVO** que me proporciona el Instituto Tecnológico de Campeche, ya que cuento con seguro por parte de (5)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por lo cual solicito la baja como beneficiario del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Me queda claro el riesgo que existe al no contar con el seguro que me proporciona la Institución y las consecuencia que esto pudiera traer por lo que **DESLINDO DE TODA RESPONSABILIDAD AL INSTITUTO TECNOLOGICO DE CAMPECHE DEL TECNOLÓGICO NACIONAL DE MÉXICO SI EN ALGUN MOMENTO LLEGARA A REQUERIR SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA Y NO ME ES PROPORCIONADO POR NO CONTAR CON ALGÚN SEGURO VIGENTE,** por lo que **ME COMPROMETO A ACTUALIZAR MI VIGENCIA CADA SEMESTRE HASTA LA CONCLUSIÓN DE MIS ESTUDIOS**, entregando copia de la vigencia al Departamento de Servicios Escolares, y si en algún momento ya no contara con el mismo, me comprometo a hacerlo de conocimiento del mismo Departamento para realizar los trámites correspondientes para para mi inclusión al Seguro Facultativo del IMSS por parte de la institución.

Sin otro particular, le envío un saludo.

**ATENTAMENTE**

**(6)**

**(7) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de control: (8) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Teléfono y correo: (9) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INSTRUCTIVO DE LLENADO**

Para poder entregar el documento y que sea iniciado el trámite, deberá llenarse como se especifica en la siguiente tabla. Se deberán quitar los números y paréntesis al llenar con los datos; de la misma forma se deberá quitar la raya que sirve de referencia para colocar la información.

|  |  |
| --- | --- |
| Número |  |
| 1 | Colocar la fecha en formato día/mes/día. |
| 2 | Anotar el nombre completo de la persona estudiante. |
| 3 | Anotar el nombre completo del programa educativo (carrera) que cursa la persona estudiante. |
| 4 | Anotar el número de control de la persona estudiante. |
| 5 | Anotar el nombre de la institución de afiliación de la persona estudiante (ISSSTE, ISSSTECAM, etc.) |
| 6 | Firma de la persona estudiante. |
| 7 | Anotar, nuevamente, el nombre completo de la persona estudiante. |
| 8 | Anotar, nuevamente, el número de control de la persona estudiante. |
| 9 | Anotar teléfono celular y correo electrónico personal de la persona estudiante. |