



## FORMATO DE RENUNCIA AL SERVICIO DE SEGURO DE SALUD PARA ESTUDIANTES

FECHA: \_\_\_\_\_

A QUIEN CORRESPONDA  
PRESENTE:

POR MEDIO DE ESTE DOCUMENTO HAGO DE SU CONOCIMIENTO QUE YO LA/EL  
C. \_\_\_\_\_, ESTOY DE ACUERDO QUE MI HIJO(A)  
\_\_\_\_\_ DEL GRADO Y GRUPO \_\_\_\_\_ DE LA ESPECIALIDAD DE  
\_\_\_\_\_, UTILICE EL NÚMERO DE SEGURIDAD QUE TIENE EN SU CARNET, CON  
EL CUAL TIENE DERECHO AL SERVICIO MÉDICO EN EL:

( ) IMSS                      ( ) ISSSTE                      ( ) SEGURO POPULAR                      ( ) OTRO: \_\_\_\_\_

YA QUE ESTE MISMO ES PROPORCIONADO POR MI PERSONA, RECHAZANDO EL QUE OFRECE EL GOBIERNO FEDERAL POR SER ESTUDIANTE DEL CETIS 105, DEPENDIENTE DE LA UNIDAD DE EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR TECNOLÓGICA INDUSTRIAL Y DE SERVICIOS.

ANEXO CARÁTULA DE SU CARNET:

**NOMBRE Y FIRMA DEL TUTOR**

**NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO**