

FECHA: _____

Matricula: _____

Quien suscribe _____,
alumno del Telebachillerato Comunitario Plantel
_____, informa a Usted que (SI) (NO)
cuento con servicio de seguridad social; por lo cual (SI) (NO) requiero que se me
incorpore al seguro facultativo.

Nombre y Firma del Alumno

Nombre y Firma del Tutor

Tipo de seguro en caso de contar con alguno:

Motivos:
