



SOLICITUD PARA LA INCORPORACION DE ESTUDIANTES AL  
SEGURO FACULTATIVO DEL REGIMEN DEL SEGURO SOCIAL

FOLIO

FECHA

T.T.2

| DATOS DEL PLANTEL                        | PARA USO EXCLUSIVO DEL I.M.S.S.         |
|--|---|
| NOMBRE: INSTITUTO TECNOLOGICO DE DURANGO | REGISTRO IMSS DEL PLANTEL B-269900232-8 |
| CLAVE 10DIT0004E                         | NUMERO DE SEG. SOCIAL                   |
| NIVEL EDUCATIVO SUPERIOR                 | NUMERO DE UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR   |

| DATOS DEL ESTUDIANTE  |  |
|---|--|
| A) NOMBRE   | APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)  |
| B) SEXO   | 1) MASCULINO 2) FEMENINO ( )   |
| C) FECHA DE NACIMIENTO  | ( ) ( ) ( )<br>DIA MES AÑO   |
| D) LUGAR DE NACIMIENTO  |  |
| E) DOMICILIO  | CALLE NUMERO COLONIA CODIGO POSTAL<br>MUNICIPIO ENTIDAD FEDERATIVA<br>CURP   |
| F) NOMBRE DE LOS PADRES   | PADRE<br>MADRE   |
| G) ¿ADEMAS DE ESTUDIA TRABAJA?  | 1) SI 2) NO ( )  |
| H) ¿DE QUIEN DEPENDE ECONOMICAMENTE?  | 1) PADRES 2) CONYUGE 3) OTROS ESPECIFIQUE ( )  |
| I) ¿EN QUE TRABAJA LA PERSONA DE LA QUE DEPENDE ECONOMICAMENTE?   | 1) SERVIDOR PUBLICO 5) MARINO O MILITAR<br>2) EMPLEADO DE EMPRESA PARTICULAR 6) AGRICULTOR, GANADERO, CAMPESINO, PESCADOR ( )<br>3) PROFESION U OFICIO POR SU CUENTA 7) OBRERO<br>4) COMERCIANTE O INDUSTRIAL 8) OTROS |
| J) ¿SE ENCUENTRA PROTEGIDO, YA SEA COMO TRABAJADOR O COMO BENEFICIARIO DE SUS PADRES O DE SU CONYUGE, EN ALGUNA INSTITUCION DE SEGURIDAD? | 1) SI 2) NO ( )  |
| K) ¿QUE INSTITUCION LE DA SERVICIOS MEDICOS?  | 1) SEGURO SOCIAL 5) PEMEX<br>2) I.S.S.S.T.E. 6) INSTITUCION NACIONAL DE CREDITO (BANCOS ( )<br>3) SECRETARIA DE MARINA 7) OTRA<br>4) SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL ESPECIFIQUE                                     |
| BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD DECLARO QUE LOS DATOS AQUÍ ASENTADOS SON CIERTOS  |  |
| FIRMA DEL ESTUDIANTE  |  |

| PLANTEL EDUCATIVO  | I.M.S.S. DELEGACIONAL   |
|--|---|
| SE CERTIFICA QUE EL SOLICITANTE<br>ES ESTUDIANTE DE ESTE PLANTE<br>SELLO | SELLO   |
| NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE   | ING. LETICIA CARDOZA VALDEZ<br>NOMBRE Y FIRMA DEL RESPONSABLE |