

ESCUELA PREPARATORIA OFICIAL NÚM. 358

CARTA RESPONSIVA DE RENUNCIA AL SEGURO FACULTATIVO DEL IMSS

Lerma, México a ____ de _____ de 20__.

Yo, C. _____, tutor del estudiante _____, inscrito (a) en el ____ grado, grupo ____ en el ____ semestre, con Número de matrícula _____ **RENUNCIO AL SEGURO FACULTATIVO DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**, al cual el alumno tiene derecho por ser estudiante de esta institución de acuerdo al Decreto Presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de Septiembre de 1998 y al Acuerdo de Consejo Técnico ACDO SA1 HCT 281015/246 P DIR publicado en el Diario Oficial de la Federación el 16 de Diciembre de 2015.

Se me ha notificado que la incorporación y la vigencia a cualquier servicio médico es un requisito que se solicita a los alumnos en trámites de salidas académicas, representación de la institución en actividades deportivas, académicas y culturales, así como también la existencia de periodos para dicho trámite y que no existen trámites extemporáneos.

Manifiesto que, soy consciente de los riesgos que puede implicar el que el estudiante no cuente con el servicio médico que ofrece el IMSS, en caso de una enfermedad o accidente, razón por la cual, deslindo de toda responsabilidad a la Escuela Preparatoria Oficial Núm. 358, así como a cualquiera de sus representantes legales ante cualquier accidente o situación adversa que pudiera suceder durante su estancia como estudiante de esta institución. Así mismo, confirmo, bajo protesta de decir verdad que a pesar de que recibí oportunamente por parte del plantel la información y requisitos para la realización de dicho trámite, es mi voluntad renunciar a este derecho.

De igual manera informo que la institución que me ofrece los servicios de salud y/o médicos es:

IMSS (), ISSSTE (), SERVICIO MÉDICO MILITAR (), ISSEMYM (), OTRO _____ y estoy afiliado como: TRABAJADOR/A (), HIJO/A DE TRABAJADOR (), CÓNYUGE (), CONCUBINATO (), OTRO _____ en la cual el Número de registro o Clave es _____.

Como soporte documental anexo copia legible de la Constancia de Derechos del Servicio Médico antes referido.

ATENTAMENTE
PROTESTO LO NECESARIO

Nombre y Firma del Tutor