



UASLP
 Universidad Autónoma
 de San Luis Potosí



DIVISIÓN DE
**SERVICIOS
 ESTUDIANTILES**

San Luis Potosí, S.L.P. a _____ de _____ de 20_____

Dr. Ricardo Castro Martínez
 Coordinador del Seguro Facultativo del IMSS en la UASLP
 PRESENTE

Por medio de la presente me dirijo a usted, para:

Renunciar al Seguro Facultativo del IMSS () Solicitar mi baja del Seguro Facultativo del IMSS ()

Soy alumno de: Preparatoria () Licenciatura () Posgrado ()

Motivo de la renuncia o baja:

Por razones personales ()
 Por contar con otro tipo de seguridad () Especificar _____
 Otros () Especificar _____

Atentamente

Nombre del alumno: _____
 Facultad / Entidad Académica: _____
 Carrera: _____
 Semestre: _____ Clave única: _____ NSS: _____
 CURP: _____

 Firma del alumno

 Firma del padre o tutor
 (En caso de ser menor de edad)

 Responsable del Seguro Facultativo en la Facultad / Entidad Académica