



**RESPONSIVA SEGURO FACULTATIVO
(SALUD PARA ESTUDIANTES)**

**Lic. Martín de Jesús Serena Contreras,
Director Encargado
Colegio Preparatorio Semiescolarizado
Clave 30EBH0397F
Presente**

El que suscribe C. _____ alumno del Colegio Preparatorio Semiescolarizado inscrito en el semestre _____ del ciclo escolar 2019 -2019. Declaro bajo protesta de decir verdad, que en estos momentos estoy afiliado al servicio médico del:

- 1.- SEGURO POPULAR ()
- 2.- I.M.S.S. ()
- 3.- I.S.S.S.T.E. ()
- 4.- SECRETARÍA DE MARINA ()
- 5.- PEMEX ()
- 6.- OTROS _____

(Anexar copia del documento de afiliación)

Por lo anterior, **NO ACEPTO** generar Número de Seguridad Social Ordinario (NSS) que señala el ACUERDO ACDO.SA1.HCT.281015/246.P.DIR y su anexo único relativo a las reglas a que se sujetara la incorporación de los estudiantes de instituciones públicas de nivel medio superior y superior al seguro de enfermedades y maternidad del régimen obligatorio del seguro social, por lo que corresponde a las prestaciones en especie. Con base en el Acuerdo Presidencial publicado con fecha 10 de junio de 1987, por el que se incorporan al Seguro Facultativo del Régimen del Seguro Social los Estudiantes de Instituciones Públicas de Nivel Medio Superior, En el numeral 6, fracción 6.1, que a la letra dice: *"Para la transmisión de los movimientos afiliatorios de sus estudiantes, la institución educativa del Estado deberá solicitar a cada uno de sus estudiantes el NSS ordinario y la manifestación bajo protesta de decir verdad de no contar con la misma a o similar protección por parte de cualquier institución de seguridad social"*.

En consecuencia **QUEDA BAJO MI RESPONSABILIDAD NO AFILIARME AL SEGURO FACULTATIVO QUE OFRECE EL COLEGIO PREPARATORIO SEMIESCOLARIZADO, EN CONVENIO CON EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL, POR CONTAR CON ATENCIÓN MÉDICA DE OTRA INSTITUCIÓN SOCIAL COMO LO INFORMÉ ANTERIORMENTE, DESLINDANDO EN ESTE ACTO AL PERSONAL DEL COLEGIO PREPARATORIO SEMIESCOLARIZADO SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE MI DECISIÓN PERSONAL.**

Xalapa Enríquez, Ver., a ____ de _____ de 2019.

Nombre y Firma del alumno.

Nombre y Firma del Padre o Tutor
(Tratándose de un menor de edad
Anexar copia de IFE)