

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, a de de 2022

**SOLICITUD DE NO ACEPTACIÓN PARA AFILIACIÓN AL IMSS**

**A quién corresponda**

**Dirección de Servicios Escolares**

**UNICACH**

Bajo protesta de decir verdad y dado que no es mi interés aceptar la afiliación al Seguro Médico Facultativo ante el Instituto Mexicano del Seguro Social, de cuyo beneficio me notifica esta Universidad; le manifiesto que la atención médica la recibo a través del servicio de salud : *público ( ) privado ( )*

Nombre de la Institución:

Número de afiliación,registro, folio: *(Adjuntar comprobante actualizado en caso de contar con atención medica en Institución de Salud Pública)*

Dejo a salvo a la Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas de todo proceso administrativo, académico o legal que esta decisión pudiera provocar por omisión de mi parte.

**ATENTAMENTE**

*Nombre y firma de el/la estudiante*

*Matrícula:*

C.c.p. Expediente