CENTRO DE ENSEÑANZA TÉCNICA INDUSTRIAL

Organismo Público Descentralizado Federal

Departamento de Servicios de Apoyo Académico

SERVICIOS MÉDICOS

ALTA DE SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD DEL RÉGIMEN OBLIGATORIO

Guadalajara, Jalisco, a los días _____ del mes de _____ del año 20____

Por este medio manifiesto **bajo protesta de decir verdad** que el/la estudiante: _____ con número de registro: _____, NO cuenta con ningún tipo de seguridad social o similar de protección Vigente por parte de cualquier Institución de Seguridad Social.

Para obtener o verificar tu Número de Seguridad Social Único del IMSS consulta la página: ***www.imss.gob.mx/tramites/imss02008*** y en caso de no poder obtenerlo por algún problema de letra o número, presentarse en la Subdelegación más cercana a tu domicilio con la siguiente documentación en original y copia:

- Acta de nacimiento
- CURP
- Comprobante de domicilio
- Identificación oficial IFE/INE, Pasaporte, etc.,
- En caso de ser menor de edad llevar certificado de secundaria o bachillerato con fotografía.

Más información en las Subdelegación en la zona metropolitana:

Hidalgo
Av. Ávila Camacho # 1696, Col. Niños Héroes, C.P. 44260, Guadalajara, Jalisco Tel. (33) 38236943

Juárez
Av. 16 de Septiembre # 868, Col. Centro, C.P. 44100, Guadalajara, Jalisco Tel. (33) 36194087

Libertad Reforma
Calzada Independencia # 580. Col. La Perla, C.P. 44360, Guadalajara, Jalisco Tel. (33) 36180011

* Para obtener la clínica del IMSS ingresa a la siguiente página y con tu código postal puedes obtener la información: ***http://www.segurosocial.social/clinicas-imss/#5***

Proporciono mi Número de Seguridad Social Único del IMSS para gozar del Seguro de Enfermedades y Maternidad del Régimen Obligatorio:

Escriba los **11 dígitos del NSS** y presente unca copia del documento que lo acredite correctamente

Escriba el número de Clínica

Datos personales y académicos del estudiante:

CURP:

Nivel: ◯ Tecnólogo ◯ Ingeniería

Turno: ◯ Matutino ◯ Vespertino

Plantel: ◯ Colomos ◯ Tonalá ◯ Río Santiago

Datos del padre, madre o tutor responsable del estudiante en caso de ser menor de edad:

Nombre del padre, madre o tutor: _____

Teléfono (1): _____ Teléfono (2 opcional): _____

Correo electrónico: _____

Firmas				
Estudiante	**Padre, Madre o tutor** (En caso de ser menor de edad)	**Recibe en Ventanilla**	**Alta en el sistema y Estatus IDSE**	**Archivo**
		A llenar por Depto. De Servicios de Apoyo Académico	A llenar por Depto. De Servicios de Apoyo Académico	A llenar por Depto. De Servicios de Apoyo Académico
Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma	Nombre y firma

Entregar este formato en el área de Servicios Médicos del Plantel correspondiente con la siguiente documentación:

◯ Copia del **documento que acredite el NSS**
◯ Copia de la **CURP** del estudiante
◯ Copia del **comprobante de domicilio** con Código Postal
◯ En caso de ser menor de edad **copia de la identificación oficial del padre o madre o tutor legal que haya firmado el formato.**