



CARTA DE NO ACEPTACIÓN DEL SEGURO FACULTATIVO DEL IMSS

H. H. Cuautla, Morelos, a ___de___de 2022.

**DIRECTOR DEL CBTIS
76 P R E S E N T E**

Yo _____, alumno/a del grupo: _____ del semestre: _____ del turno _____ del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios No. 76, de la Ciudad de Cuautla, Morelos, con número de control _____, comunico lo siguiente:

Sirva la presente para hacer de su conocimiento que **NO ESTOY INTERESADO (A)** en tramitar el Seguro Facultativo que me brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social en calidad de estudiante del Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios No. 76, por convenir así a mis intereses.

Se me ha notificado que la incorporación y vigencia a cualquier servicio médico es un requisito que se solicita en trámites de salidas académicas, servicio social, prácticas profesionales y movilidad estudiantil, así como también de la existencia de períodos para dicho trámite y que no existen trámites extemporáneos ni urgentes. Asimismo, manifiesto, bajo protesta de decir verdad, que recibí por parte de los directivos del plantel la información y requisitos para la realización del trámite.

Soy consciente de los riesgos que puede implicar no contar con el servicio médico que ofrece el IMSS, en caso de una enfermedad o accidente, de manera que asumo plena responsabilidad de mi determinación. Por lo tanto, **DESLINDO DE TODA RESPONSABILIDAD CIVIL, PENAL, ADMINISTRATIVA** y de cualquier otra naturaleza al Centro de Bachillerato Tecnológico Industrial y de Servicios No. 76, Cuautla, a sus autoridades y gestores responsables, ante cualquier accidente o situación adversa que pudiera suceder durante mi estancia escolar.



De igual manera informo (marca con una **X**), que la institución que me ofrece los servicios de salud y/o médicos es:

IMSS (), ISSSTE (), SERVICIO MÉDICO MILITAR (), SERVICIO MÉDICO NAVAL (), INSABI () OTRO: _____,

y estoy afiliado en el régimen como: _____, con el número de registro (NSS) / CÉDULA O PÓLIZA: _____.

Nombre del Titular: _____.

Para acreditar lo anterior, anexo la Constancia de Vigencia de Derechos de Servicio Médico (póliza o carnet).

ATENTAMENTE

ALUMNO
Nombre y firma

TUTOR O PADRE/MADRE DE FAMILIA
Nombre y firma