



Las Choapas, Veracruz a \_\_\_\_ de \_\_\_\_ del \_\_\_\_

**CARTA RESPONSIVA**

El/la que suscribe \_\_\_\_\_, estudiante con número de control \_\_\_\_\_ de la carrera de \_\_\_\_\_, manifiesto que es mi expresa voluntad **RENUNCIAR** al servicio de Seguro Facultativo que ofrece el Instituto Mexicano de Seguro Social derivado de que actualmente me encuentro afiliado a la seguridad social a través de:

- ISSSTE**
- Seguro Popular**
- Servicio de Pemex**
- Otro**

En el caso de otro, especifique: \_\_\_\_\_.

Así mismo estoy consciente del riesgo que conlleva no estar afiliado a ningún servicio de seguridad social y me comprometo a que si en algún momento pierdo la seguridad social actual, notificare al Departamento de Servicio Escolares del Instituto Tecnológico Superior de Las Choapas para iniciar las gestiones necesarias para obtener la afiliación al Seguro Facultativo.

**ATENTAMENTE**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA Y NOMBRE COMPLETO.**

C.c. archivo.

