

**Carta de Renuncia al Seguro de Salud para Estudiantes que otorga el
Instituto Tecnológico de Puebla**

H. Puebla de Zaragoza a, ____ de _____ de 20__

M. EN P. GABRIELA SORIANO GIL

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ESCOLARES

P R E S E N T E.

Por medio de la presente comunico **MI RENUNCIA AL SEGURO DE SALUD PARA ESTUDIANTES**, en el entendido que, conforme al Acuerdo ACDO.SA1.HCT.2815/246.P.DIR Publicado en el DOF el pasado 16 de diciembre de 2015, el seguro para estudiantes es para “las personas que cursen estudios de los tipos medio superior y superior en Instituciones Educativas del Estado y que no cuenten con la misma o similar protección por parte del propio Instituto o cualquier otra institución de seguridad social”, ya que actualmente cuento con una afiliación en _____, y es mi intención continuar haciendo uso de los servicios de esta institución.

Anexo a este documento una constancia de mi afiliación y **me comprometo a informar al Instituto Tecnológico de Puebla en cada semestre**, sobre el estatus de la misma.

Atentamente

Nombre: _____

Núm. De control: _____ **Semestre:** _____

Carrera: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____

Firma del solicitante: _____

C.c.p. Interesado

*Original para Servicios Escolares