ALTA DE SEGURO DE ENFERMEDADES Y MATERNIDAD DEL RÉGIMEN OBLIGATORIO

Por este medio manifiesto **BAJO PROTESTA DE DECIR VERDAD,** que no cuento con ningún tipo de seguridad social o similar de protección **VIGENTE** por parte de cualquier Institución de Seguridad Social.

*Para obtener tu **Número de Seguridad Social Único** del **IMSS** consulta la página:* https://serviciosdigitales.imss.gob.mx/gestionAsegurados-web-externo/asignacionNSS *y en caso de no poder obtenerlo por algún problema de letra o número, presentarse en la Subdelegación* con la siguiente documentación en original y copia:

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

Más información en la Subdelegación:
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:

Anotar los 11 dígitos del **NSS y** *presentar una copia del documento que lo acredite correctamente.* *Número de clínica*

Nombre completo: _____

CURP: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Registro: _____ **Nivel:** ☐ Tecnólogo ☐ Ingeniería **Turno:** ☐ Matutino ☐ Vespertino **Plantel:** ☐ Colomos ☐ Tonalá ☐ Río Santiago

Nombre de la madre, padre o tutor(a): _____

ATENTAMENTE **ENTERADO**

_____ Firma del (la) estudiante

_____ Firma del (la) madre, padre o tutor(a)
En caso de que el(la) estudiante sea menor de edad

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

- *Copia del documento que acredite el **NSS***
- *Copia de la **CURP***
- *Copia del **comprobante domicilio** con código postal*

----------Para ser llenado por el Departamento de Servicios de Apoyo Académico/Administrativo----------

Alta de Seguridad Social por el CETI				
Recibido en el Área de Servicio Médico		Proceso del Alta ante el IMSS		
Fecha y hora:	Nombre y firma	Fecha y hora:	Nombre y firma	Estatus IDSE