Carta Seguro Médico

Por este medio, yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con número de cuenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto mi decisión con la **"Coordinación de Centros de Formación y Servicios Psicológicos"** de la Facultad de Psicología de la UNAM y con el programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede en el Centro o Programa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para recibir el servicio médico gratuito del **Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI).**

Es por ello que adjunto el formato electrónico de cualquiera de los siguientes documentos, para que en caso de ser requerido, se pueda presentar para ser atendido (a) en las unidades médicas correspondientes.

* Identificación del Instituto Nacional Electoral (**INE**)
* Clave Única de Registro de Población (**CURP**)
* Acta de nacimiento

**ATENTAMENTE**

**“POR MI RAZA, HABLARÁ EL ESPÍRITU”**

**CIUDAD UNIVERSITARIA A \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DEL \_\_\_\_\_\_\_**

**VO. BO**

|  |
| --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **NOMBRE Y FIRMA DEL ESTUDIANTE** |