[Lugar y fecha]

Quien suscribe, **[nombre completo de quien renuncia]**, estudiante de la carrera (preparatoria) **[mencionar la carrera o grado de preparatoria]**, cursante del **[número del período que cursa]** semestre (periodo, trimestre, cuatrimestre), estudiante con el número de control **[colocar el número correspondiente],** declaro que voluntariamente renuncio al seguro facultativo del **[IMSS u otra institución de seguro social]** al que me encuentro afiliado por **[institución en donde cursa la afiliación]**.

Me queda claro el riesgo que existe al no estar afiliado(a) a algún servicio de seguridad social y las consecuencias que esto pudiera traer. Si llegara a perder el servicio de seguridad social actual, me comprometo a hacer la oportuna notificación ante **[nombre de la institución académica]** para que se realicen las debidas gestiones de inclusión en el seguro facultativo correspondiente.

Atentamente,

[Nombre, apellido y firma del estudiante que renuncia]

[Número telefónico y/o correo electrónico]