

Carta de Renuncia al Seguro Facultativo del **[nombre de la institución de seguro social]**

[Lugar y fecha]

Yo **[nombre completo de quien renuncia]**, estudiante de la carrera **[mencionar la carrera]**, cursante del **[número del período que cursa]** semestre (período, trimestre, cuatrimestre), bajo el número de control **[colocar el número correspondiente]**, declaro que renuncio al seguro facultativo de **[nombre de la institución académica]** que me corresponde por derecho, de acuerdo a la ley vigente.

Me doy por enterado de los riesgos a los que me expongo por no contar con el servicio médico del **[nombre de la institución de seguro social]**, si llegara a ocurrir un accidente o aquejara una enfermedad, motivo por el que quito toda responsabilidad a **[nombre de la institución académica]** y asumo cualquier hecho adverso que pudiera suceder durante mi estadía en esta institución en calidad de estudiante.

Así mismo, declaro haber sido notificado de la obligatoriedad de asistencia de un servicio médico como requisito para los trámites de salidas de campo, prácticas de servicio social o de otro tipo, o cualquier evento que requiera movilización, así como el cumplimiento del tiempo para los trámites respectivos sin que puedan hacerse de manera urgente o extemporánea.

Doy fe de que recibí toda la información, por parte de la institución, respecto a las tramitaciones respectivas, además de los requisitos necesarios para su realización.

Hago de su conocimiento que la institución que me ampara, en cuanto a servicios médicos es: **[colocar el nombre de la institución que asume el servicio médico, como el IMSS, por ejemplo]**, y me afilio bajo la figura de **[trabajador, hijo(a) de trabajador, cónyuge, concubino(a), jubilado(a), pensionado(a) u otro similar]**, con el número de registro **[colocar número de registro]**.

Anexo a la presente la constancia vigente de mi servicio médico.

Atentamente,

[Nombre, apellido y firma del estudiante]

[Número telefónico y/o correo electrónico]