



CANCELACIÓN DE SERVICIOS

Lugar y fecha: _____

DIRECTOR (A) : _____
UNIDAD ACADÉMICA: _____

PRESENTE

Sirva la presente para hacer de su conocimiento que derivado de mis intereses personales y de los trámites que de ellos dependa, **RENUNCIO AL SERVICIO** que me brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social en calidad de estudiante de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos.

Por lo que solicito anulen los servicios médicos bajo esta institución de manera inmediata a la fecha de este documento.

De acuerdo con lo anterior indico al Gestor Responsable los datos requeridos para este movimiento.

NOMBRE DEL ALUMNO: _____

CARRERA: _____

MATRÍCULA: _____ SEMESTRE: _____ GRUPO: _____

CORREO: _____

NSS: _____ UMF: _____ CURP: _____

Nombre y Firma Interesado (a)

Nombre y Firma Gestor Responsable

IMPORTANTE: El presente documento elimina todo acuerdo anterior a la fecha emitida por éste.