**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL**

# DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

# Pliego testamentario para alumnos de pregrado

Este documento deberá llenarse DE PUÑO Y LETRA del alumno, sin abreviaturas y los espacios que no use debe cancelarlos con una línea.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CICLO ACADÉMICO QUE CURSA:** | **INTERNADO ( )** | **SERVICIO SOCIAL ( )** |

**DATOS DEL ALUMNO**

## NOMBRE: EDAD:

(Apellido paterno, materno y nombre (s)) (Años y meses)

## DOMICILIO:

(Nombre de la calle, número exterior e interior, colonia, localidad)

(municipio o delegación política, código postal y entidad federativa)

## CARRERA: ADSCRIPCIÓN:

(Nombre de la carrera) (Hospital sede)

**EN CASO DE MI MUERTE, DESIGNO:**

Como beneficiarios para recibir el importe de la ayuda que proporcionará el Instituto Mexicano del Seguro

## Social a:

### (Nombre y Parentesco)

(Nombre y Parentesco)

(Nombre y Parentesco)

(Nombre y Parentesco)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Lugar, día , mes y año) | Firma del alumno | Sello de recepción |

**2510-009-015**