

Fecha:

Día Mes Año

Tipo de renuncia:

Renuncia al Seguro Facultativo IMSS:

Renuncia al Seguro de Accidentes Personales Colectivo

Especificar motivo: _____

Programa en el que se encuentra inscrito/a

Semestre

Datos generales del/la alumno/a

Nombre (s)

Apellido Paterno

Apellido Materno

Correo electrónico

Teléfono

Informo al Centro Morelense de las Artes que, en caso de un siniestro o accidente, se deberá comunicar con la (s) persona (s) que aparece (n) a continuación:

| No. | Nombre completo | Parentesco | Teléfono | Correo Electrónico |
|-----|-----------------|------------|----------|--------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |

Firma del alumno/a
(en caso de ser mayor de edad)

Nombre y firma del padre, madre o tutor/a
(en caso de que el alumno sea menor de edad)

Mtro. Javier Almazán Orihuela
Encargado de Despacho de la Dirección de
Servicios Escolares

Nota: El Centro Morelense de las Artes, no se hace responsable en caso de algún accidente dentro o fuera del plantel. Por lo que el arriba firmante declara que conoce y está de acuerdo en **NO** contar con el beneficio proporcionado por el Centro.

*Anexar copia del INE vigente en caso de ser:
Alumno, Padre, Madre o Tutor/a