



SERVICIO MÉDICO DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN

CÉDULA DE REGISTRO

De conformidad con lo establecido en los Artículos 8° fracciones I y II, 9° y 45° de la Ley del Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación, a continuación me permito detallar los nombres de los beneficiarios que tienen derecho a recibir las prestaciones a que se refiere el Artículo 4. de la propia Ley.

Datos Generales del Asegurado

Nombre completo _____ Sexo M F

Lugar y fecha de nacimiento _____ CURP _____

N° Empleado: _____
Delegación: _____
Grupo Sanguíneo _____

Estado Civil: Soltero Casado U. Libre Divor. Viudo

Dirección: _____ Tel. _____

Colonia _____ C.P. _____ R.F.C. Y Homoclave _____

Lugar de Residencia _____

Institución(es) en que presta sus servicios: _____

Categoría (s): _____ Fecha de Ingreso _____

Lugar de Trabajo: _____

Datos Generales de los Beneficiarios

NOMBRE COMPLETO	GPO. SANGUINEO	CURP	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	DOMICILIO

Instituciones que cubren sus sueldos:

Estado. Instituciones de Seguridad Social. Tec.

Jubilados y Pensionados. U.A. De C. U.A.A.A.N.

_____ a _____ de _____ del _____.

Firma del Asegurado