



UNIVERSIDAD UNIDAD UPN 112
PEDAGÓGICA CELAYA, GTO.
NACIONAL Servicios escolares

El (La) que suscribe C. _____
alumno de la _____, informo a la
Universidad Pedagógica Nacional, Unidad 112 de Celaya, Gto., QUE ES MI DESEO
QUEDARME CON EL SERVICIO MÉDICO EN EL CUAL ESTOY REGISTRADO ACTUALMENTE,
por lo que deslindo de toda responsabilidad Civil, Penal, Administrativa, Académica o de
cualquier índole a la UPN en cuanto al trámite del Seguro Facultativo, ya que es mi deseo
renunciar a éste.

Celaya, Gto., _____ de _____ del 20 _____

NOMBRE Y FIRMA DEL ALUMNO