

Ciudad de México a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Instituto Mexicano del Seguro Social**

**A quien corresponda:**

Yo \_\_\_\_\_, por medio de la presente solicito mi incorporación a la CONTINUACIÓN VOLUNTARIA, ya que he causado baja del Régimen Obligatorio a partir del día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_.

La fecha con la que deseo incorporarme a la CONTINUACIÓN VOLUNTARIA es a partir del día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, con un Salario de: \$ \_\_\_\_\_

**Mis datos personales:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Seguridad Social (NSS): \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_

Dirección:

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Agradezco la atención que brindan a la presente.

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma