



*Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica*  
Plataforma de Servicios

*REGISTRO DE INCORPORACIÓN*

SU FOTOGRAFÍA

AQUÍ

**1. Información Personal del (la) Solicitante:**

Sexo: ( ) Femenino ( ) Masculino

Primer Apellido: \_\_\_\_\_ Segundo Apellido: \_\_\_\_\_

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

Nacionalidad:

( ) Costarricense Indique Número de Cédula: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

( ) Extranjero Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Portador de: ( ) DIMEX

Indique número de identificación: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: Día \_\_\_\_/\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_/\_\_\_\_ Año \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono de Habitación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Correo Electrónico Información General: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico Factura Electrónica: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico Proceso Electoral (Médicos y Cirujanos): \_\_\_\_\_

Dirección Permanente de su Residencia:

Provincia: \_\_\_\_\_ Cantón: \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_ Dirección Exacta: \_\_\_\_\_

**2. Medio para atender notificaciones:**

( ) Fax: \_\_\_\_\_

( ) Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

De no aportar medio para notificar en el momento de presentar los documentos, se le otorga un plazo de diez días hábiles para que aporte un medio de notificación válido, bajo el apercibimiento de que en caso contrario o cualquier inconveniente que se derive la imposibilidad de notificar por cualquiera de los medios aportados, se dará por notificado conforme al artículo 11 de la Ley de Notificaciones Judiciales N°8687. Además, autorizo al Colegio de Médicos y Cirujanos para que pueda acceder a cualquier base de datos sea pública o privada, donde pueda obtener información personalizada para localizarme.

Firma: \_\_\_\_\_ Cédula \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Recibido: \_\_\_\_\_