

Fiscalía del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

Matrícula del Curso de Ética Profesional

1. INFORMACION PERSONAL DEL (LA) SOLICITANTE:

Costarricense Indique el Número de Cédula

	-					-				
--	---	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Extranjero () Cédula de Residencia o Refugiado () Pasaporte Indique el Número

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo

Sexo		Fecha de Nacimiento		
M	F	Día	Mes	Año

Teléfono Casa de Habitación

Celular

Dirección de Correo Electrónico

CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

- Fotocopia de documento de identidad al día
- Formulario de matrícula, debidamente lleno
- Copia Recibo N° _____ de cancelación de los derechos de matrícula del curso