



Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica

Plataforma de Servicios

**REGISTRO DE RECONOCIMIENTO DE
MAESTRÍAS Y DOCTORADOS**

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: () Cedula de Residencia o Refugiado () Pasaporte

Indique número de identificación: _____

Fecha de nacimiento: Día ____ / ____ Mes ____ / ____ Año ____ / ____ / ____ / ____

Teléfono de Habitación: ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Teléfono Celular: ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Dirección Permanente de su Residencia:

Provincia: _____ Cantón: _____

Distrito: _____ Dirección Exacta: _____

2. Información Académica del (la) Solicitante:

Solicito que el Colegio de Médicos y Cirujanos me reconozca el siguiente grado académico:

() Maestría en: _____

() Doctorado en: _____

3. 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: _____ Cedula _____

Fecha: _____ Recibido: _____