



**COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS DE COSTA RICA
FISCALÍA GENERAL
FORMULARIO DE DENUNCIA**

1. INFORMACION PERSONAL DE LA PARTE DENUNCIANTE:

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo
() Nacional	() Cédula de Residencia o Refugiado	() Pasaporte
() Apoderado	() Representante Legal	Indique el Número
Teléfono Fax	Teléfono Casa de Habitación	Otro Teléfono donde ubicarlo(a)

2. INFORMACION PERSONAL DE LA PARTE DENUNCIADA:

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo
Fecha de los Hechos	Código Profesional	Teléfono Celular - Consultorio
Día Mes Año		

Dirección de Correo Electrónico _____

3. LUGAR DONDE OCURRIERON LOS HECHOS:

Provincia	Cantón	Distrito

Dirección Exacta _____

Pretensiones: _____

Norma Transgredida: _____

4. BREVE DESCRIPCION DEL MOTIVO DE LA DENUNCIA:

5. SEÑALO PARA NOTIFICACIONES:

MEDIO PARA ATENDER NOTIFICACIONES Fax: _____ y/o correo electrónico: _____
De no aportar un 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, se dará por notificado conforme al artículo 11 de la Ley de Notificaciones **FIRMA:** _____ **CEDULA:** _____

Declaro bajo la fe de juramento que toda la información suministrada es cierta. Asimismo, me doy por enterado (a) que la presente denuncia se tramitará de conformidad con lo establecido en la "Normativa del Procedimiento Disciplinario del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica" publicada en el Alcance N°18 de la Gceta N°32 publicada el 16 de febrero de 2016 por transgresión a lo establecido por la Junta de Gobierno y el Decreto Ejecutivo 39609-5 del 28 de abril de 2016

Firma de la parte denunciante	Documento de Identidad	Fecha