



COLEGIO DE ENFERMERAS DE COSTA RICA

Plataforma de Servicios

REGISTRO DE INCORPORACIÓN

FOTOGRAFÍA

INFORMACIÓN PERSONAL Y DE CONTACTO

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo

Costarricense Indique el Número de Cédula _____ Fecha de Vencimiento de la cédula _____

Extranjero () Cédula de Residencia Indique el Número _____

Conocido como _____

Fecha de nacimiento		
Día	mes	año

Nacionalidad _____

Sexo	
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino

Estado Civil _____

Telefono Casa de Habitación							

Teléfono Celular							

Teléfono Celular							

Dirección de Correo Electrónico _____

Provincia	Cantón	Distrito	Barrio

Dirección Exacta _____

Nota. Me comprometo a reportar cualquier variación de este domicilio.

INFORMACIÓN ACADEMICA

Universidad de Procedencia _____ Sede _____

fecha de graduación		

Ultimo grado universitario Bachillerato Licenciatura Maestría Doctorado Otro

INFORMACIÓN LABORAL

Lugar de trabajo _____

fecha de inicio		

Provincia	Cantón	Distrito

Dirección exacta lugar de trabajo: _____

Telefono de trabajo:							

Fax Trabajo:							

Correo Electrónico:							

Puesto desempeñado _____

Labora independiente Sí No

MEDIO PARA ATENDER NOTIFICACIONES Fax: _____ y/o correo electronico: _____
 De no aportar un medio para notificar, en el momento de presentar los documentos, se le otorga un plazo de diez dias habiles para que aporte un medio de notificacion valido, bajo el apercibimiento de que en caso contrario, se dará por notificado conforme al articulo 11 de la Ley de Notificaciones **FIRMA:** _____ **CEDULA:** _____

Declaro bajo la fe de juramento que toda la informacion suministrada es cierta

Firma oficialmente registrada: _____

Fecha: _____

Recibe: _____