



COLEGIO DE ENFERMERAS DE COSTA RICA

Plataforma de Servicios

REGISTRO DE INSCRIPCIÓN

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

Teléfono 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 ACADÉMICA

Institución donde realizó Curso de Auxiliar
Sede

fecha de graduación		

INFORMACIÓN LABORAL

Lugar de trabajo

fecha de inicio		

Provincia	Cantón	Distrito

Dirección exacta lugar de trabajo:

Teléfono de trabajo:							

Fax Trabajo:							

Correo Electrónico:									

Puesto desempeñado

Labora independiente Sí No

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

Firma oficialmente registrada:

Fecha:

Recibe: