

# COLEGIO DE ENFERMERAS DE COSTA RICA



## FORMULARIO PARA LA INSCRIPCIÓN, DE PROFESIONALES DE ENFERMERÍA AL EJERCICIO LIBERAL DE LA PROFESIÓN

Nº consecutivo: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN GENERAL

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Primer Apellido	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Segundo Apellido	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Nombre Completo
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Nº de identificación o Pasaporte	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Nº de licencia	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Nº de Celular
<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Correo electrónico	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Lugar de Residencia	

### INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS

Zonas a brindar los Servicios

Tipos de Servicios de Enfermería a Brindar

### REQUISITOS:

Requisito	Si	No	Observación
Licencia profesional al día			
Obligaciones económicas al día			
Constancia de inscripción al Ministerio de Hacienda			
Constancia de no recibir el beneficio de pago de dedicación exclusiva o prohibición en la institución en que labora			
Adquirir el protocolo, el cual tiene un costo de 10 000			
Currículo digital			
Copia de documento de identidad			
Copia de Licencia			

Firma y nombre quien recibe

Firma de Fiscal Asistente

### DECLARACIÓN JURADA

YO, \_\_\_\_\_, mayor de edad, estado civil \_\_\_\_\_, enfermera (o), vecina (o) de \_\_\_\_\_, portadora (o) del documento de identidad número \_\_\_\_\_, y **BAJO LA FE DE JURAMENTO Y CON CONOCIMIENTO DE LAS PENAS** con que la ley castiga el delito de perjurio a saber: "Se impondrá prisión de tres meses a dos años al que faltare a la verdad cuando la ley le impone bajo juramento o declaración jurada, la obligación de decir la con relación a hechos propios", delito en el cual podría incurrir en caso de que la información que de seguido indicaré sea falsa, DECLARO: PRIMERO: Que me encuentro al día con mis obligaciones económicas con el Colegio de Enfermeras de Costa Rica y me doy por enterada (o), que en caso de no cumplir con el pago de mis colegiaturas, seré excluida (o) de la lista de la bolsa del ejercicio liberal, que me permite ejercer en dicho ámbito. SEGUNDO: Me comprometo a cumplir con lo establecido en la tabla de honorarios determinado por el Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Es todo. Estando conforme con la información declarada, firmo en San José, Costa Rica, al ser las \_\_\_\_\_ horas \_\_\_\_\_ minutos del \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
 Firma