



REGISTRO DE AUTORIZACIÓN



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: () DIMEX () Pasaporte. Indique número de identificación: _____

Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____

Teléfono de Habitación: _____

Teléfono Celular: _____

Correo Electrónico Información General: _____

Correo Electrónico Factura Electrónica: _____

Correo Electrónico Proceso Electoral (Médicos y Cirujanos): _____

Dirección Permanente de su Residencia:

Provincia: _____ Cantón: _____

Distrito: _____ Dirección Exacta: _____

2. Medio para atender notificaciones:

() 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: _____

Cédula: _____

Fecha: _____

Recibido: _____

