



Comité Coordinador de Profesionales Afines a las Ciencias de la Salud

Formulario de Candidatura

1. CARGO A POSTULAR:

FECHA: _____

Puesto _____ Disciplina _____

2. INFORMACION PERSONAL DEL (LA) POSTULANTE:

Costarricense Indique el Número de Identificación

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Código de Profesional Afín

P	A	F							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

Nacionalidad _____ Estado Civil _____

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre Completo

Sexo		Fecha de Nacimiento		
M	F	Día	Mes	Año

Teléfono Casa de Habitación

Otro Teléfono donde ubicarlo(a)

Edad: _____

Dirección de Correo Electrónico _____

DIRECCION PERMANENTE DE SU RESIDENCIA:

Provincia	Cantón	Distrito

Dirección Exacta _____

3. MEDIO PARA ATENDER 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: _____

Declaramos bajo la fe de juramento que toda la información suministrada es cierta

Firma del Candidato	Recibido por: