



**COLEGIO DE MICROBIÓLOGOS Y QUÍMICOS CLÍNICOS DE COSTA RICA.
ACTUALIZACIÓN DE DATOS.**

FECHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS: _____ DEL MES DE _____ DEL AÑO 201__

En cumplimiento con las normas vigentes, solicito actualizar y/o registrar mis datos en el Colegio, para que consten de la siguiente forma para todo efecto administrativo, financiero o legal:

INFORMACIÓN PERSONAL

NOMBRE COMPLETO			
CÉDULA DE IDENTIDAD		FECHA DE NACIMIENTO	
FECHA DE VENCIMIENTO DE LA CÉDULA		NACIONALIDAD	
ESTADO CIVIL		CÓDIGO DE AGREMIADO	

CATEGORÍA ACTUAL

ASISTENTE TÉCNICO	()	ASISTENTE DIPLOMADO	()
TÉCNICO 1	()	MICROBIÓLOGO	()
TÉCNICO 2	()	PENSIONADO	()

DOMICILIO

PROVINCIA	CANTÓN	DISTRITO
DIRECCIÓN EXACTA:		

INFORMACIÓN PARA CONTACTO Y NOTIFICACIONES OFICIALES

TELÉFONO HABITACIÓN	TELÉFONO MÓVIL	FAX
CORREO ELECTRÓNICO		
DIRECCIÓN PARA ENTREGA DE REVISTA (ÚNICAMENTE MICROBIÓLOGOS) FAVOR SELECCIONAR SOLAMENTE UNA OPCIÓN		
DOMICILIO	TRABAJO	CORREO ELECTRÓNICO
()	()	()



**COLEGIO DE MICROBIÓLOGOS Y QUÍMICOS CLÍNICOS DE COSTA RICA.
ACTUALIZACIÓN DE DATOS.**

INFORMACIÓN LABORAL

NOMBRE DEL LABORATORIO, INSTITUCIÓN O EMPRESA		
DIRECCIÓN EXACTA DEL LUGAR DE TRABAJO		
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
CARGO QUE OCUPA		
INDIQUE SI EJERCE LA REGENCIA DE ESTE ESTABLECIMIENTO: SÍ () NO ()		

SI USTED TIENE UN SEGUNDO LUGAR DE TRABAJO POR FAVOR LLENAR ESTE ESPACIO

NOMBRE DEL LABORATORIO, INSTITUCIÓN O EMPRESA		
DIRECCIÓN EXACTA DEL LUGAR DE TRABAJO		
TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO
CARGO QUE OCUPA		
INDIQUE SI EJERCE LA REGENCIA DE ESTE ESTABLECIMIENTO: SÍ () NO ()		

Manifiesto que los medios antes señalados es donde recibiré mis notificaciones, y reconozco que los datos consignados son legítimos, así como acepto que debo mantener ACTUALIZADOS dichos datos en el Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica.



COLEGIO DE MICROBIÓLOGOS Y QUÍMICOS CLÍNICOS DE COSTA RICA.
ACTUALIZACIÓN DE DATOS.

FIRMA A REGISTRAR (ÚNICAMENTE MICROBIÓLOGOS)

NO TOCAR LOS BORDES DEL CUADRO

El suscrito manifiesta que comprendo las indicaciones y que la información, datos, documentos y declaraciones que incluyo en este Formulario Oficial son actuales y verdaderas. El Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica, podrá administrar y utilizar esta información como estime necesario en la administración, organización, fiscalización, rectoría del ejercicio de la Microbiología y ciencias afines en Costa Rica. Como técnico o profesional inscrito y delegatario de los deberes y derechos que las leyes y reglamentos de la institución me otorga, **manifiesto mi conocimiento y conformidad sobre el contenido integral del artículo 5 de la Ley N. 8968**, Ley de Protección de la Persona Frente al tratamiento de sus Datos Personales. Conozco que, por tratarse de una función pública delegada por el estado, el contenido de este documento se encuentra dentro de las excepciones a la autodeterminación informativa del artículo 8 de la referida ley N. 8968.

FIRMA: _____