



**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**

<b>NOMBRE COMPLETO</b>		
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO</b>	
<b>FECHA DE VENCIMIENTO DE LA CÉDULA</b>	<b>NACIONALIDAD</b>	
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>CÓDIGO DE AGREMIADO</b>	
<b>TEL. HABITACION</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>	
<b>CELULAR</b>		
<b>DOMICILIO</b>		
<b>PROVINCIA</b>	<b>DIRECCIÓN EXACTA</b>	
<b>CANTÓN</b>		
<b>DISTRITO</b>		

**INFORMACIÓN LABORAL**

<b>NOMBRE DEL LABORATORIO</b>		
<b>DIRECCIÓN EXACTA DEL LUGAR DE TRABAJO</b>		
<b>TELÉFONO</b>	<b>FAX</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>
<b>CARGO QUE OCUPA</b>		
<b>INDIQUE SI EJERCE LA REGENCIA DE ESTE ESTABLECIMIENTO:</b> <b>SÍ ( )</b> <b>NO ( )</b>		



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

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

<b>NOMBRE DEL LABORATORIO</b>		
<b>DIRECCIÓN EXACTA DEL LUGAR DE TRABAJO</b>		
<b>TELÉFONO</b>	<b>FAX</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>
<b>CARGO QUE OCUPA</b>		
<b>INDIQUE SI EJERCE LA REGENCIA DE ESTE ESTABLECIMIENTO:      SÍ ( )      NO ( )</b>		

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.

**FIRMA A REGISTRAR (ÚNICAMENTE MICROBIÓLOGOS)**

**NO TOCAR LOS BORDES DEL CUADRO**

**ADVERTENCIAS Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

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:** \_\_\_\_\_