



**COLEGIO DE MICROBIÓLOGOS
Y QUÍMICOS CLÍNICOS DE COSTA RICA**

FISCALIA

Teléfonos: 2224-2602 • 2283-8014 ext. 108-109 Fax: 2281-1454

Mail: fiscalia@microbiologos.cr

SOLICITUD DE TRÁMITES PARA LABORATORIOS PRIVADOS

Fecha: _____

INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del Establecimiento (Laboratorio) _____

Código _____

Dirección Exacta: _____

Provincia: _____ Cantón: _____ Distrito: _____

Barrio o Caserío _____ Otra señal: _____

Nombre del Centro Comercial o Local Comercial donde se tiene el Establecimiento o Laboratorio: _____

Número de Local Comercial donde se tiene el Establecimiento: _____ No. Teléfono (del Establecimiento) _____
Fax: _____ Aparatado Postal: _____

E-mail: _____

Horario del Establecimiento: _____

Nombre Completo del Propietario del Establecimiento o Laboratorio: _____

Nº de Cédula (Persona física): _____ o (Persona Jurídica) _____

Citas de Inscripción de la Sociedad en caso de Entidad Jurídica:

Tomo _____ Folio: _____ Asiento: _____

Nº Teléfono: _____ Nº Fax: _____ Nº Celular: _____

TIPO DE TRÁMITE QUE SE SOLICITA

- Inscripción de Laboratorio o Establecimiento
- Renovación de Certificado de Regencia por vencimiento
- Renovación por cambio en la regencia o cambio de horario
- Traslado del Laboratorio o Establecimiento.
- Cambio de propietario del Laboratorio o Establecimiento.

TIPO DE ESTABLECIMIENTO

- Laboratorio Clínico **
- Banco de Sangre
- Laboratorio de Investigación
- Laboratorio Industrial de Producción
- Laboratorio de Microbiología Veterinaria
- Laboratorio de Microbiología de Alimentos y/ o Aguas

Regente 1)

Nombre Completo: _____

Número de Cédula de identidad: _____ Número de Código de Colegiado _____

Horario que presta el Servicio de Regente: _____

¿Labora para algún otro establecimiento público o privado? _____ si _____ no

¿Especifique cuál? _____

Horario que presta la Regencia: _____

Firma: _____ **Autenticación:** _____

Regente 2)

Nombre Completo: _____

Número de Cédula de identidad: _____ Número de Código de Colegiado _____

Horario que presta el Servicio de Regente: _____

¿Labora para algún otro establecimiento público o privado? _____ si _____ no

Especifique cuál? _____

Horario que presta la Regencia: _____

Firma: _____ **Autenticación:** _____

Regente 3)

Nombre Completo: _____

Número de Cédula de identidad: _____ Número de Código de Colegiado _____

Horario que presta el Servicio de Regente: _____

¿Labora para algún otro establecimiento público o privado? _____ si _____ no

Especifique cuál? _____

Horario que presta la Regencia: _____

Firma: _____ **Autenticación:** _____

Nota: En caso de existir mayor cantidad de regentes, adjuntar listado con los datos completos

PERSONAL TECNICO

(Personal técnico y/o Auxiliares /no personal administrativo). Agregar listado del personal a cargo (Anotar nombre completo, # de cédula y # colegiado).

OBSERVACIONES O MODIFICACIONES:

ANEXOS:

Opcional

Fotografías del Establecimiento o Laboratorio o del Centro Comercial

SEÑALO PARA NOTIFICACIONES:

Fax: _____ **Correo Electrónico:** _____

Por el medio antes señalado **recibiré mis notificaciones** para todo efecto; y acepto que debo mantener **ACTUALIZADOS** todos los datos ante la Fiscalía del Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica.

**Yo, _____, cédula de identidad número _____, en mi condición de (Propietario y/o Representante Legal) _____ del Establecimiento _____, por este medio manifiesto que comprendo las indicaciones y que la información, datos, documentos y declaraciones que incluyo con este Formulario son actuales, verdaderos, legítimos, auténticos, válidos, y eficaces; verificables en cualquier momento y por cualquier medio o forma por funcionarios de la Fiscalía del Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica. Además me comprometo a cumplir a cabalidad con lo establecido en el Reglamento de Apertura y Operación de los Establecimientos de Microbiología y Química de Costa Rica; así como a realizar los Exámenes Clínicos mínimos que al efecto ha establecido el Colegio de Microbiólogos y Químicos Clínicos de Costa Rica (acuerdo 9.9 de la Sesión de la Junta Directiva N° 43:2003-2004 de fecha 1 de marzo de 2004; Acuerdo N° 2 de Asamblea General Extraordinaria del Colegio N° 01:2004-2005 de fecha 13 de marzo del año 2004) y me comprometo a tener en mi Laboratorio los equipos y reactivos mínimos de Laboratorio Clínico (Lista aprobada en Junta Directiva, Acta 41:2003-2004; acuerdo 9.13). De la misma manera soy consciente, que en caso de incumplir dicha estipulación, me veré expuesto a posibles sanciones de parte de este Colegio.

Asimismo la Fiscalía podrá administrar y utilizar la información registrada en el Formulario según el trámite que se registra como estime necesario en la administración, organización, fiscalización, rectoría y gestión del ejercicio profesional de la función que se desarrolla en el Establecimiento o por el profesional directamente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Como profesional en Microbiología manifiesto mi conocimiento y conformidad sobre el contenido integral del artículo 5 de la **Ley #8968 o Ley de Protección de la Persona Frente a sus Datos Personales.**

FIRMA DEL PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL: _____

(Todo trámite deberá venir debidamente autenticado y con las formalidades de ley)

Autenticación: _____

(PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO)

DOCUMENTOS QUE SE PRESENTAN A LA FISCALÍA (en caso necesario)

<i>Documento</i>	<i>Marcar con X el documento presentado</i>	<i>Fecha</i>	<i>Número consecutivo asignado</i>
Certificación de Personería jurídica Original y Vigente			
Constancia de certificación de horarios de otro sitio donde labore el regente			
Declaración Jurada protocolizada del horario de regencia (firmada y con los timbres de ley)			
Diagrama del local			
Lista de equipo del Laboratorio			
Papelería del Establecimiento			

APROBADO SESIÓN: _____ EL DÍA _____ CÓDIGO _____
