



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

FECHA DE ACTUALIZACIÓN DE DATOS: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

CÓDIGO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

CÉDULA DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

TEL. HABITACIÓN: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN EXACTA: \_\_\_\_\_

PROVINCIA: \_\_\_\_\_ CANTÓN: \_\_\_\_\_ DISTRITO: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN LABORAL

NOMBRE DEL LABORATORIO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN EXACTA: \_\_\_\_\_

PROVINCIA: \_\_\_\_\_ CANTON: \_\_\_\_\_ DISTRITO: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

CARGO QUE OCUPA: \_\_\_\_\_

INDIQUE SI EJERCE LA REGENCIA (UNICAMENTE MQC): SI ( ) NO ( )

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

NOMBRE DEL LABORATORIO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN EXACTA: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

CARGO QUE OCUPA: \_\_\_\_\_

INDIQUE SI EJERCE LA REGENCIA (UNICAMENTE MQC): SI ( ) NO ( )



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

Manifiesto que los medios antes señalados son 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 PARA REGISTRAR (ÚNICAMENTE MICROBIÓLOGOS)**

**(FAVOR NO UTILIZAR FIRMA DIGITAL)**

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