



BOLETA RENOVACIÓN DE CARNÉ

Colegio Profesional de Psicólogos de Costa Rica.
BO-SC-001.

Datos del Colegiado (a):

Nombre: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono de Habitación: _____

Correo electrónico: _____ Estado civil: _____

Provincia donde reside: _____ Nacionalidad: _____

Grado Académico:

Licenciatura Especialista Máster Doctor (a)

Código de Colegiado (a): _____ Cédula de Identidad: _____

Posee usted el Uso del Doctorado Social: SI NO

Nota: Si su respuesta es negativa, en caso que lo desee podrá solicitar el trámite correspondiente.

Registre su **firma** en el rectángulo superior.
UTILICE BOLÍGRAFO NEGRO NO ESCRIBA
SOBRE LOS BORDES DEL RECTÁNGULO.

Fotografía

Fecha de solicitud: _____ / _____ / _____

Recibido por: _____