**DATOS PERSONALES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos: Haga clic aquí para escribir texto. | |
| Código Profesional: Haga clic aquí para escribir texto. | |
| Documento de identidad: Haga clic aquí para escribir texto. | Vencimiento:  Haga clic aquí para escribir una fecha. |

**Domicilio:**

|  |  |
| --- | --- |
| Provincia: Haga clic aquí para escribir texto. | Cantón: Haga clic aquí para escribir texto. |
| Distrito: Haga clic aquí para escribir texto. | Apartado Postal: Haga clic aquí para escribir texto. |
| Dirección exacta: Haga clic aquí para escribir texto. | |

**Teléfonos:**

|  |  |
| --- | --- |
| Celular: Haga clic aquí para escribir texto. | Habitación: Haga clic aquí para escribir texto. |
| Oficina: Haga clic aquí para escribir texto. | Fax: Haga clic aquí para escribir texto. |
| Correo electrónico: Haga clic aquí para escribir texto. | |
| Lugar para recibir notificaciones: Haga clic aquí para escribir texto. | |

Firma

En caso de solicitar el trámite a través de un **tercero autorizado o su representante legal**, deberá indicar los siguientes datos:

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y Apellidos: Haga clic aquí para escribir texto. | |
| Documento de identidad: Haga clic aquí para escribir texto. | |
| Teléfono: Haga clic aquí para escribir una fecha. | Correo electrónico: Haga clic aquí para escribir texto. |
| Lugar de notificaciones del tercero autorizado o representante legal: Haga clic aquí para escribir texto. | |

**El tercero o representante legal, debe presentar una carta de autorización o poder.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del tercero autorizado o representante legal

**PARA SU CONSIDERACIÓN**

1. Este trámite solo aplica para las Maestrías en Psicología Clínica o Especialidades del CENDEISSS.
2. El respectivo registro de postgrado, se ejecutará después de que este Colegio Profesional, haya recibido la nota de dispensa por parte del Ministerio de Salud.
3. La persona colegiada, debe tener en cuenta que este trámite podría demorar hasta 8 meses, de acuerdo a las

fechas establecidas para la realización de la rifa por parte del Ministerio de Salud.

1. Se recuerda que es responsabilidad del colegiado realizar su respectivo trámite en el Ministerio de Salud.

**ESPACIO DE USO EXCLUSIVO DE SERVICIO AL COLEGIADO**

Requisitos que aporta:

Estado de cuenta al día.

Documentos completos para Registro de Post grado.

Comprobante de pago (¢15.000) Número de recibo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**En caso de realizar el trámite por medio de un tercero:**

Carta de Autorización del tercero o poder del representante legal.

Copia de la cédula, DIMEX o pasaporte del tercero autorizado o representante legal.

Recibido por: