



**FORMULARIO DE DATOS DEL ODONTÓLOGO**

**1. Datos personales**

**Nombre completo:** \_\_\_\_\_

**Número de cédula:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Sexo:** F  M

**Estado civil:** Soltero (a)  Casado (a)  Unión libre   
 Separado (a)  Divorciado (a)  Viudo (a)

**Lugar de residencia:**     
 Provincia Cantón Distrito

Dirección exacta: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Casa color: \_\_\_\_\_ ubicada a mano: Derecha  Izquierda

Teléfono(habitación) Celular Fax Apartado postal

Correo electrónico No. 1 Correo electrónico No. 2

\*Preferiblemente que NO sea de Hotmail o Outlook.

**\*Indique a cuál dirección electrónica desea recibir notificaciones del Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica:** Correo No. 1  Correo No. 2



**2. Datos laborales**

Si todavía no sabe dónde va a laborar, no llene este espacio. Pase al punto 3 y cuando tenga esta información debe llamar al Colegio y suministrarla.

A continuación, seleccione el tipo de Institución para la cual trabajará.

(Marque con equis)

- Estatad (CCSS-MS)
- Organización no gubernamental
- Clínica Privada Propia
- Odontólogo Asalariado
- Clínica Privada Corporativa
- Institución Docente

Otra (especifique): \_\_\_\_\_

**Nombre de la clínica:** \_\_\_\_\_

**Ubicación de la clínica:**

Provincia	Cantón	Distrito

Dirección exacta: \_\_\_\_\_

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

Clínica color: \_\_\_\_\_ / Local No. \_\_\_\_\_

Ubicado a mano: Derecha  Izquierda

Oficina	Celular	Fax	Correo electrónico de la clínica



### 3. Autorización

A continuación, debe marcar con una equis la información que autoriza al Colegio de Cirujanos Dentistas de Costa Rica brindar a cualquier persona que la solicite:

- Lugar de residencia
- Dirección de la clínica
- Número de celular
- Número de la clínica
- Número de habitación
- Número de fax
- Correo electrónico de la clínica
- Correo electrónico personal 1
- Correo electrónico personal 2

\_\_\_\_\_  
Nombre completo

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Firma / Cédula

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



#### 4. Consentimiento

El(a) suscrito(a) entiendo y admito mi responsabilidad como colegiado(a), de mantener actualizada mi información de contacto en los registros del CCDCR, de forma tal que entiendo la posibilidad que tengo de acceder, rectificar, suprimir y revocar la información aquí suministrada, esto mediante documento escrito presentado en la sede central del CCDCR o mediante documento digital firmado y escaneado.

El correo electrónico suministrado, en la hoja número uno de este documento, señalado para recibir notificaciones, será el medio oficial para recibir comunicaciones, de forma tal que, si el mismo no funciona, cualquier notificación oficial se tendrá por válida, transcurridas 24 horas desde su envío.

Por otra parte, entiendo que conforme a la Ley de Protección de la Persona frente al tratamiento de datos personales N° 8968 y su reglamento:

1. Que el CCDCR almacena mis datos de carácter personal en la base de datos de colegiados con el fin de realizar las gestiones propias y necesarias de la institución y es ésta la única destinataria de los datos.
2. Que podré ser contactado(a) al correo electrónico aquí suministrado como principal canal de comunicación sobre reformas de normativa interna, invitación a actividades y cursos, información comercial de interés del gremio, comunicados de relevancia, entre otros.
3. Que todos los datos que solicita y mantiene el CCDCR, son de carácter obligatorio, siendo que los mismos son los estrictamente necesarios para mantener mi relación y contacto para con CCDCR. Por lo que la negativa a actualizarlos tendrá como consecuencia única la imposibilidad para mantenerme comunicado como colegiado(a).

Habiendo entendido lo anterior otorgo mi consentimiento informado al CCDCR, mediante la firma del presente documento (del cual entrego un original y una copia, para el comprobante de recibido).

\_\_\_\_\_  
Firma

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



**5. Datos del beneficiario**

De conformidad con el Reglamento del Fondo de Mutualidad y Subsidio, de la cuota de colegiatura se destinará a dicho Fondo un porcentaje que podrá utilizar su beneficiario (en caso de su fallecimiento) o podrá ser utilizado por usted (en caso de invalidez o incapacidad) **(Siguiendo las regulaciones de este reglamento)**.

En cumplimiento con lo establecido en el Reglamento del Fondo de Mutualidad y Subsidio, debe llenar la siguiente información para nombrar al menos un beneficiario (puede ser un familiar o un conocido):

Yo: \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_.

**DECLARO QUE NOMBRO COMO BENEFICIARIO (A) DEL FONDO DE MUTUALIDAD Y SUBSIDIO A:**

Nombre (del beneficiario): \_\_\_\_\_ Cédula: \_\_\_\_\_,  
 parentesco: \_\_\_\_\_, Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
 número de habitación: \_\_\_\_\_, número de celular: \_\_\_\_\_,  
 correo electrónico: \_\_\_\_\_.

Observaciones (en caso de poner más de un beneficiario, deberá indicar el porcentaje que desea se distribuya a cada beneficiario):

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

\_\_\_\_\_  
 Firma

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_