



**CENTRO DE RESOLUCIÓN ALTERNA DE CONFLICTOS DEL COLEGIO DE CIRUJANOS  
DENTISTAS DE COSTA RICA**

**Solicitud de Conciliación**

**Fecha de la solicitud:** \_\_\_\_\_

**Datos del solicitante:**

Nombre completo y dos apellidos: \_\_\_\_\_

Cédula de identidad: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Profesión u oficio: \_\_\_\_\_

Con domicilio en: \_\_\_\_\_

Números de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico para notificaciones:

\_\_\_\_\_

**Datos de la persona con quien solicita la conciliación:**

Nombre completo y dos apellidos: \_\_\_\_\_

Cédula identidad: \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico para notificaciones:

\_\_\_\_\_

Con Clínica o práctica profesional ubicada en la siguiente dirección:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





**Colegio De Cirujanos Dentistas De Costa Rica**  
San José, Costa Rica



**PETITORIA**

Deberá indicarse en forma clara y precisa la pretensión:

---

---

---

---

Firma y número de cédula: \_\_\_\_\_

**NOTAS IMPORTANTES:**

- 1.- El solicitante de la conciliación debe presentarla personalmente identificándose con su cédula de identidad y una copia de la misma.
- 2.- En caso que el solicitante no se haga presente, puede enviar la solicitud debidamente firmada y con copia de su cédula con una persona autorizada para tal fin.