



# Boleta de inscripción

## Curso Básico de Protección contra las Radiaciones Ionizantes Virtual, 09 al 17 de setiembre del 2023

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

Bajo estudio  
para  
recertificación

Recibo/ comprobante pago # \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_

Nombre (igual que la cédula)

1<sup>er</sup> apellido

2<sup>do</sup> apellido

\*\*\*El nombre y apellidos proporcionados en esta boleta serán los oficiales para el certificado\*\*\*

Cédula: \_\_\_\_\_ Código Colegiado: \_\_\_\_\_

(Si es asistente dental no llene este espacio)

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

(Escriba un único correo, el de la persona que participará en el curso para que reciba correctamente la información y clave de matriculación virtual. Escriba con letra clara)

Sexo:

(Marque con equis)

Fem.

Masc.

Teléfono: \_\_\_\_\_ Cel.: \_\_\_\_\_

El Curso se imparte de forma virtual: clases asincrónicas (del 09 al 17 de setiembre) y 8 horas sincrónica el 09 de setiembre de 1:30 p.m. a 7:00 p.m.

### Importante:

Si es odontólogo (a) es requisito estar al día con las obligaciones financieras ante el CCDCR.

Firma: \_\_\_\_\_

Es obligatorio para confirmar su inscripción que envíe el **comprobante de pago VISIBLE** junto con la boleta correspondiente al correo electrónico: [cursoderadiologia@colegiodentistas.org](mailto:cursoderadiologia@colegiodentistas.org)