



Boleta de inscripción

Curso Básico de Protección contra las Radiaciones Ionizantes Virtual, 20 al 28 de abril del 2024

Fecha: _____

Bajo estudio
para
recertificación

Recibo/ comprobante pago # _____ Monto: _____

Nombre (igual que la cédula)

1^{er} apellido

2^{do} 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 consta de dos modalidades, ambas son obligatorias para concluir el curso: **clases asincrónicas**: del 20 al 28 de abril y **8 horas sincrónica**: el 20 de abril 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