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

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

**Número de identificación:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cargo profesional que desempeña:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Institución o empresa donde labora:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Especialidad farmacéutica a inscribir (coloque el nombre como aparece en el Listado de Especialidades, publicado en la página web** [**www.colfar.com**](http://www.colfar.com)**):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aplica para especialidad Académica:**

**Título o certificado académico obtenido (anotar nombre como aparece en el título):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Universidad que lo emite:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Año de emisión del título:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Aplica para especialidad Profesional:**

**Años de experiencia laboral en el área de la especialidad (adjuntar constancia emitida por el empleador):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

***\*Ir a la página 2 por la información, requisitos generales y específicos.***

**Tratamiento de datos:** El Colegio de Farmacéuticos almacena sus datos personales en un archivo manual o digital, el cual tiene la finalidad de crear una lista de datos de los colegiados, con el fin de garantizar una información confiable acerca de las condiciones en que se encuentra el colegiado (laboral, académico y profesional). La información suministrada por el colegiado se manejará de forma confidencial por el Colegio sin remitirla a terceros.  Se garantiza el derecho de toda persona al acceso de sus datos personales, rectificación o supresión de estos por medio del correo electrónico [informatica@colfar.com](mailto:informatica@colfar.com) . Se aclara que la información brindada debe efectuarse de forma libre e individualizada. *Ley 8968 Protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales. Reglamento a la Ley 8968 Protección de la persona frente al tratamiento de sus datos personales n°37554-JP.*

**Acepto que he leído y entiendo lo concerniente al tratamiento de datos.**

**Acepto y otorgo el consentimiento para el tratamiento de mis datos personales. A su vez, acepto recibir comunicaciones por correo electrónico o por aplicaciones móviles de parte del COLFAR, referente a temas educativos, profesionales, comerciales, deportivos, sociales, culturales y demás temas de interés. Este consentimiento podrá revocarlo en cualquier momento.**

Al firmar este documento declaro bajo fe de juramento, que los datos aquí consignados son verdaderos y estoy consciente de las sanciones con que la Ley Penal costarricense castiga los delitos de perjurio y falso testimonio.

**Firma del interesado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma de recibido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha recepción\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **USO EXCLUSIVO DE LA COMISIÓN** | | | | |
| **Decisión:** | Aprobada  Devuelta  Rechazada | | Sesión: | Acuerdo: |
| **Observaciones:** | | | | |
| **Firma facilitador(a):** | | **Firma secretaria(o):** | | |

**Información General:**

Cuando el farmacéutico haya efectuado sus estudios de formación, capacitación o práctica profesional de especialización en el extranjero, deberá presentar los documentos debidamente autenticados por la entidad gubernamental respectiva del país en el que fueron emitidos y traducidos al idioma español por un traductor oficial acreditado por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de Costa Rica, cuando proceda.

A solicitud de la Comisión, la Junta Directiva valorará la necesidad de solicitar el reconocimiento, por parte de CONARE (Consejo Nacional de Rectores), del título obtenido en el extranjero.

Los atestados que sustenten la solicitud de inscripción permitirán al solicitante incorporar una única especialidad o subespecialidad en el Colegio de Farmacéuticos. No obstante, la presentación de atestados diferentes facultará al interesado para solicitar su inscripción en otra especialidad.

|  |  |
| --- | --- |
| **Requisitos generales:** | **V/A\*** |
| Ser miembro activo del Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica y estar al día con las obligaciones en el Colegio |  |
| Foto digital tamaño pasaporte con las siguientes características: formato .jpg, fondo liso blanco, foto de frente, sin filtros, vestimenta formal, buena iluminación. Enviada al correo [servicioalcliente2@colfar.com](mailto:servicioalcliente2@colfar.com) |  |

**\*V/A = Verificado / Aportado**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Requisitos específicos:** | | | |
| **Especialidad académica** | **V/A\*** | **Especialidad profesional** | **V/A\*** |
| Original y copia del título, diploma o certificado académico de la especialidad farmacéutica cursada (si es extranjero deberá presentar los documentos debidamente autenticados por la entidad gubernamental respectiva del país en el que fueron emitidos y traducidos al idioma español por un traductor oficial acreditado por el Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto de Costa Rica, cuando proceda) |  | Documento que describa en forma detallada las actividades y/o tareas que ejecuta y desarrolla específicamente en el área de la especialidad, emitido y firmado por el empleador. |  |
| Cuando el título original exceda el tamaño oficio, la copia debe ser presentado en tamaño carta o tamaño oficio |  | Original y copia de los certificados, título propio o diplomas de los cursos de capacitación y/o pasantías específicas realizadas en el área de la especialidad por un periodo igual o mayor a seis meses continuos, o en su defecto por períodos discontinuos con duración mínima de 80 horas cada uno, o con una formación teórico práctica sistematizada y documentada de al menos 960 horas respaldada por una universidad o acreditada por el Colegio de Farmacéuticos. |  |
| Se debe adjuntar certificación de notas de los cursos aprobados en el posgrado, indicando el periodo en que fue aprobado cada uno |  | Al menos tres años de experiencia en jornada laboral de tiempo completo en el área de la especialidad, respaldados por certificación del tiempo efectivo laborado en dicha área, emitida por el o los empleadores. |  |

**Firma de recibido \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha recepción\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**