**PROFESION:**

**ESPECIALIDAD:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SOLICITUD DE INCLUSIÓN AL SORTEO DE PLAZAS PARA EL SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO ( FORMULARIO UNIFICADO ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **MS-AC-SSO-F-01** |
| **A: INFORMACION RELATIVA AL SOLICITANTE:**  ***(Escribir claro de preferencia letra imprenta o de molde. libre de tachaduras ).*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **1** | NOMBRE DEL SOLICITANTE: | | | | | | | | | | | **2** | | | NUMERO DE CEDULA O PASAPORTE: | | | | | | | |  | | |
| **3** | DIRECCIÓN EXACTA (OTRAS SEÑAS ESPECIFICAS): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| **4** | PROVINCIA: | | | | | **5** | CANTON: | | | | | | | | | | | **6** | | DISTRITO: | | | |  | | |
| **7** | TELÉFONO | | | **8** | Nº DE FAX: | | | | | | | **9** | | | APDO. POSTAL: | | **10** | | CORREO ELECTRÓNICO: | | | |  | | |
| **11** | LUGAR PARA OIR NOTIFICACIONES: | | | | | | | | | | | | | 12 | | FIRMA DEL SOLICITANTE: | | | | | | |  | |
| **13** | NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL: | | | | | | | | | | | | | 14 | | NUMERO DE CEDULA O PASAPORTE: | | | | | | |  | |
| **15** | TELÉFONO | 16 | Nº DE FAX: | | | | | 17 | APDO. POSTAL: | | | | | | | | 18 | | | | CORREO ELECTRÓNICO: | |  | | |
| **19** | LUGAR DE NOTIFICACION DEL REPRESENTANTE LEGAL: | | | | | | | | |  |  | | | | | | 20 | | | | FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL: | |  | | |  | |  |  |  |  |
| B. LOS SIGUIENTES ESPACIOS SON DE USO EXCLUSIVO DEL MINISTERIO DE SALUD (Deben llenarse conforme lo señala el instructivo). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **21** | FECHA DE RECIBIDO DE SOLICITUD: | | | | | | | | | | | | **23** | | SELLO | | | | | | | |
| **22** | NOMBRE DEL FUNCIONARIO QUE RECIBE LA SOLICITUD: | | | | | | | | | | | |
| **24** | C.REQUERIMIENTOS DE LA SOLICITUD  1. FORMULARIO DEBIDAMENTE LLENO COPIA Y ORIGINAL ( ) 2. ORIGINAL Y COPIA DE CEDULA O PASAPORTE ( )    3.CERTIFICACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CORRESPONDIENTE DE HABER CUMPLIDO CON EL RÉCORD ACADEMICO Ó ESPECIALIDAD ( )  4. AUTORIZACIÓN DEL COLEGIO PROFESIONAL RESPECTIVO. ( ) NA ( )  5. CERTIFICACIÓN DE HABER REALIZADO UN AÑO DE INTERNADO ROTATORIO UNIVERSITARIO. ( ) NA ( )    6. CERTIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO EXTENDIDO POR LA ESCUELA O FACULTAD CORRESPONDIENTE DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA. ( ) NA ( )  7. CERTIF ICACIÓN DE RECONOCIMIENTO DEL INTERNADO EXTENDIDO POR LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA Y EL COLEGIO DE MÉDICOS CIRUJANOS. ( ) NA ( )  8. CERTIFICADO EXTENDIDO POR LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA O LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA, DONDE CONSTE QUE LEE, HABLA Y ESCRIBE BIEN EL IDIOMA ESPAÑOL. . ( ) NA ( )  9.DOCUMENTO LEGAL QUE AUTORIZA LA REPRESENTACIÓN DEL SOLICITANTE ( ) NA ( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |