|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| http://www.ccss.sa.cr/images/cultura_organizacional/logo.png | **Gerencia General**  **Centro de Desarrollo Estratégico e Información en**  **Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)**  **Subárea de Regulación y Evaluación** | **Inscripción del participante en actividades educativas** | **Código:**  CENDEISSS-SARE-IPAE-1 |
| **Versión**  **1.2** |

# INSCRIPCIÓN DEL PARTICIPANTE

# Instrucciones: La información solicitada sirve para el proceso de matrícula en la actividad educativa, así como para la confección de su certificado; por lo tanto, complétela claramente. No utilice abreviaturas para su nombre ni para sus apellidos. El/la coordinador(a) de esta actividad educativa es el responsable de solicitar el certificado ante el CENDEISSS, éste le llegará al correo electrónico que deje asignado en este documento.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATOS PERSONALES | | | | | |
| **Número de cédula o pasaporte** | **Primer apellido** | **Segundo apellido** | | | **Nombre** |
|  |  |  | | |  |
| **Sexo** | **Fecha de nacimiento** | **Nacionalidad** | | | |
| M ( ) F ( ) Otro ( ) |  |  | | | |
| **Dirección de correo electrónico donde recibirá el certificado:** | | | | | |
| DATOS DE LA ACTIVIDAD EDUCATIVA | | | | | |
| **Nombre de la actividad educativa:** | | | | | |
| **Nombre del(a) coordinador(a) de la actividad educativa:** | | | | | |
| **Fecha de realización:** | | | **Sede o plataforma en donde se realizará la actividad:** | | |
| **DATOS RELACIONADOS CON EL COMPROMISO INSTITUCIONAL PARA PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD EDUCATIVA** | | | | | |
| 1)En caso de encontrarme incapacitado o con algún permiso con goce o sin goce de salario, durante los días de ejecución de la actividad, entiendo la restricción existente de no continuar participando: | | | | SI ( ) NO ( ) | |
| 2)Cuento con el equipo y requerimientos técnicos como la conexión a internet y disponibilidad de cámara (esta debe permanecer encendida durante el desarrollo de la capacitación): | | | | SI( ) NO ( ) | |
| 3)Realizo la actividad educativa en jornada laboral de forma: | | | | Presencial ( )  Teletrabajo ( )  Híbrida (presencial y teletrabajo) ( ) | |
| 4)Cuento con nombramiento vigente durante el desarrollo de la actividad educativa: | | | | SI( ) NO ( ) | |
| 5)Cuento, por parte de la jefatura, con las facilidades y apoyo necesario, según lo dispuesto en el Reglamento de Capacitación y Formación de la Caja Costarricense de Seguro Social, en particular el tiempo para participar y cumplir con las evaluaciones que se requieren durante la actividad educativa: | | | | SI( ) NO ( ) | |
| **Información importante:**  **1)Al finalizar la actividad educativa, verifique con el coordinador el cumplimiento de todos los requisitos para la emisión del certificado.**  **2)Conserve el nombre y teléfono del(a) coordinador(a) de la actividad educativa, en caso de consultas.** | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Nombre y firma**  **Participante** | **Nombre y firma**  **Jefatura inmediata** | **Fecha** |