|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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** |