Instrucciones:

El presente documento está conformado de la siguiente forma:

1. La primera página, es la presente (Instrucciones), **puede omitir la impresión y presentación de esta hoja**, ya que es sólo para su guía.
2. Es el formato que se debe utilizar para la presentación de su currículum vítae. Este documento no debe exceder de **dos páginas**.
3. Está conformado por secciones, cada una con un título (7 en total).
4. Utilice la tipografía de Arial 11 puntos, con interlineado sencillo, color negro.
5. No elimine puntos, si la sección no aplica a investigaciones, debe marcar en la cajilla: “No aplica, no tengo, no cuento, etc.”.
6. No modifique los márgenes.
7. Anotar el nombre, fecha y firma de la solicitud.

|  |
| --- |
| Datos personales |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo: | | | Escriba su nombre | | | |
| Nacionalidad: | | | Escriba su nacionalidad | | | |
| Número de cédula o pasaporte: | | | Escriba el número de su cédula o pasaporte | | | |
| Dirección domicilio: | | | Escriba la dirección de su domicilio | | | |
| Teléfono domiciliar: | | | Escriba el número de su teléfono domiciliar | | | |
| Teléfono celular: | | | Escriba el número de su teléfono celular | | | |
| Correo electrónico: | | | Escriba el correo electrónico | | | |
| Título profesional: | | | Escriba su título profesional | | | |
| Grado académico: | | | Escriba el grado académico | | | |
| Código profesional: | | | Escriba el código que le asignó el colegio profesional al que está adscrito | | | |
| Nombre(s) del (os) centro(s) asistencial(es) u organización donde labora (si aplica): | | | Escriba el centro(s) asistencial(es) de la CCSS o de la organización para la cual labora. | | | |
| Código de autorización como investigador CONIS (si aplica): | | | Escriba el código de autorización brindado por el CONIS como investigador | | | |
| Fecha de realización del último Curso de Buenas Prácticas Clínicas (BPC): | | | Escriba la fecha del último curso de BPC aprobado | | | |
| Institución que extiende el certificado del Curso de Buenas Prácticas: | | | Escriba el nombre de la institución en que realizó el curso de BPC | | | |
| Número de investigaciones activas (si aplica): | | | Escriba el número de investigaciones que está realizando actualmente. | | | |
| Educación | | | | | | |
| Anotar los títulos obtenidos (Solo los de nivel universitario): | | | | | | |
| **Grado** | | **Institución** | | | **Año de graduación** | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
| Experiencia en investigación | | | | | | |
| **Investigaciones dirigidas:** Anotar el nombre o número de protocolo de las investigaciones en que usted ha participado como investigador principal (no más de cinco): | | | | | | |
| 1 |  | | | | | |
| 2 |  | | | | | |
| 3 |  | | | | | |
| 4 |  | | | | | |
| 5 |  | | | | | |
| **Investigaciones codirigidas:** Anotar el nombre o número de protocolo de las investigaciones en que usted ha participado como subinvestigador (no más de cinco): | | | | | | |
| 1 |  | | | | | |
| 2 |  | | | | | |
| 3 |  | | | | | |
| 4 |  | | | | | |
| 5 |  | | | | | |
| **Investigaciones tuteladas:** Anotar el nombre o número de protocolo de las investigaciones en las que usted ha participado como tutor (no más de cinco): | | | | | | |
| 1 |  | | | | | |
| 2 |  | | | | | |
| 3 |  | | | | | |
| 4 |  | | | | | |
| 5 |  | | | | | |
| Experiencia laboral | | | | | | |
| **Posición** | | **Institución** | | | **Fechas** | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
| Experiencia académica | | | | | | |
| **Posición** | | **Institución** | | | **Fechas** | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
|  | |  | | |  | |
| Publicaciones | | | | | | |
| Libros publicados: Anotar el nombre de los libros que usted haya publicado, relacionados con las ciencias médicas. | | | | | | |
| 1 |  | | | | | |
| 2 |  | | | | | |
| 3 |  | | | | | |
| 4 |  | | | | | |
| Artículos científicos: Anotar el nombre de los artículos científicos que usted haya publicado, relacionados con las ciencias médicas. | | | | | | |
| 1 |  | | | | | |
| 2 |  | | | | | |
| 3 |  | | | | | |
| 4 |  | | | | | |
| Premios y reconocimientos | | | | | | |
| Anotar el nombre del premio, nombre de la institución que lo otorgó y año. | | | | | | |
| Nombre | | | | Institución | | Año |
| 1 |  | | | | | |
| 2 |  | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_/\_\_\_\_/ \_\_\_\_ |
| Nombre | Firma | Fecha |