**Fecha]**

**[Numero de oficio]**

Señores (as)

Programa Institucional de Pasantías

Subárea Administración Posgrados, Campos Clínicos e Internados

**CENDEISSS, UP 2931**

[coinccss@ccss.sa.cr](mailto:coinccss@ccss.sa.cr)

Estimados señores(as):

**Asunto: Solicitud de pasantía “[Nombre de la pasantía]”**

Por este medio, solicito autorización para realizar pasantía titulada “**[Nombre de la pasantía]**” en las instalaciones de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Mi nombre es **[Nombre completo del solicitante]**, de nacionalidad **[Nacionalidad]**, con número de identificación **[Cédula de identidad nacional, cédula de residencia o pasaporte y número de identificación]**. Ostento un título en **[Grado profesional alcanzado]**, de la Universidad **[Nombre de la universidad nacional o internacional donde obtuvo el título profesional]**

Esta capacitación es de gran relevancia para el ejercicio de mi profesión, ya que **[Justificación para cursar la pasantía].**

Desde el punto de vista laboral, actualmente trabajo en el **[Lugar de trabajo]**, y desempeño mi labor en una plaza de **[Perfil profesional del interesado]**

Estoy de acuerdo con cumplir con los requisitos establecidos para el trámite de autorización de la pasantía, los cuales enlisto a continuación:

* Declaración jurada con esquema completo de vacunación del adulto, aplicable para Costa Rica.
* Constancia de dominio del idioma español (en caso de el español no sea su lengua materna).
* Constancia de incorporación al Colegio Profesional respectivo en Costa Rica o permiso temporal para ejercer la profesión en el país.
* Copia de los títulos universitarios
* Copia del documento de identificación
* “Acuerdo de confidencialidad y privacidad de la información de las personas usuarias para participantes de actividades educativas en la CCSS” (Formulario 3 firmado)
* Comprobante de pago de la pasantía.
* Comprobante de suscripción del seguro de salud.
* Comprobante de suscripción de póliza de responsabilidad civil de mala praxis médica o de responsabilidad civil profesional.

Atentamente,

**[Nombre y firma del solicitante]**

**[Profesión]**

**[Teléfono y correo electrónico]**