

SOLICITUD DE REGENCIA FISIOTERAPIA

<u>AUTORIZADO</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>
<u>Nombre:</u>	<u>Carne:</u>	<u>Ced:</u>

DATOS PERSONALES DEL AGREMIADO O AUTORIZADO

➤ Fecha de Solicitud: ___/___/___

➤ Número de Comprobante de Pago: _____

Yo: _____, Cédula: ___/___/___,
carné: _____, solicito por parte del Colegio de Terapeutas de Costa Rica,
el certificado de registro y autorización de regencia en Terapia Física.

Información Necesaria (imprimir este formulario): _____

a) Nombre de la Terapeuta _____

b) Código de la Terapeuta _____

c) Nombre del Gimnasio _____

d) Nombre de persona Jurídica (adjuntar personería) _____

e) Dirección de Ubicación del Gimnasio _____

f) Horario del Gimnasio. _____

g) Horario del terapeuta: _____

h) Cédula jurídica, si es persona jurídica _____

Firma del solicitante: _____ Cédula: ___/___/___

Entrega del Título de registro y autorización de Regencia

Fecha de entrega del Título de Regencia: ___/___/___ .

Fecha de Emisión: ___/___/___ Fecha de Vencimiento: ___/___/___ .

Nota:

❖ Libero de toda responsabilidad al Colegio de Terapeutas de Costa Rica, por el extravío o cualquier otra inconveniente que pueda tener con lo dado por el Colegio de Terapeutas, en este acto.

❖ El presente certificado tiene validez de 1 año.

Cédula: ___/___/___

Firma: _____