

SOLICITUD DE REGENCIA AUDIOLÓGICA

Datos de solicitante persona física		
Nombre completo del solicitante:		Cédula de identidad:
Teléfono:	Celular:	Correo electrónico para notificaciones:

Datos de solicitante persona jurídica		
Razón social:		Cedula jurídica:
Nombre del representante legal:		Cédula:
Teléfono:	Celular:	Correo electrónico para notificaciones:

Domicilio social:

Tipo de Solicitud	
Renovación de regencia por vencimiento: <input type="checkbox"/>	Nueva solicitud de Regencia: <input type="checkbox"/>
En caso de renovación indicar número de regencia a renovar: (Se ubica en la esquina superior derecha del oficio de aprobación de la regencia).	RG-AU-20____ - ____

Datos del establecimiento audiológico		
Nombre del establecimiento audiológico:		Dirección exacta:
Provincia	Cantón	Distrito
Horario de atención al público (especificar el horario en el que se brindarán servicios audiológicos , en el establecimiento o consultorio correspondiente):		
Teléfono:	Celular:	Correo electrónico:

Datos del regente titular	
Nombre completo del regente titular:	Carné profesional:
Horario en días y horas (no puede exceder de 12 horas diarias, ni de 6 días a la semana):	
El horario indicado debe estar dentro del rango del horario del establecimiento.	
Teléfono:	Correo electrónico:

Datos del regente itinerante	
Nombre completo del regente itinerante:	Carné profesional:
Horario en días y horas (no puede exceder de 12 horas diarias, ni de 6 días a la semana):	
El horario indicado debe estar dentro del rango del establecimiento.	
Teléfono:	Correo electrónico:

Nota: Se puede nombrar un máximo de tres regentes suplentes por establecimiento. Los suplentes sustituyen a los regentes titulares ante eventualidades (vacaciones, incapacidades y situaciones especiales).

Datos del regente suplente 1	
Nombre completo del regente suplente:	Carné profesional:
Teléfono:	Correo electrónico:

Datos del regente suplente 2	
------------------------------	--

Nombre completo del regente suplente:	Carné profesional:
Teléfono:	Correo electrónico:

Datos del regente suplente 3	
Nombre completo del regente suplente:	Carné profesional:
Teléfono:	Correo electrónico:

Nota: El trámite de regencia ante el Colegio de Terapeutas de Costa Rica, no exonera de la obligación de tramitar el permiso sanitario de funcionamiento ante el Área Rectora del Ministerio de Salud correspondiente, el cual debe realizarse de previo al inicio de la prestación de servicios por parte del establecimiento audiológico.

Aceptación y firma

Quienes suscriben, en su condición de dueño o representante del establecimiento audiológico solicitante de regencia y regentes tanto titulares, itinerantes como suplentes, manifiestan que la información y datos incluidos en este formulario son actuales, verdaderos, legítimos, auténticos y válidos, verificables en cualquier momento y por cualquier medio o forma. Asimismo, manifiestan que conocen y aceptan las disposiciones del Reglamento de Regencias:

_____	_____
Firma del solicitante	Firma del regente titular
_____	_____
Firma del regente itinerante	Firma del regente suplente
_____	_____
Firma del regente suplente	Firma del regente suplente

Para uso exclusivo del personal del Colegio de Terapeutas de Costa Rica

SISTEMA DE GESTIÓN COLEGIO DE TERAPEUTAS DE COSTA RICA				
8F19	Solicitud de regencia audiológica	V. 06	F. 25-08-2025	Página 3 / 4

Presenta los siguientes documentos adjuntos:

<p>Para solicitantes persona física:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Original de la cédula de identidad. <input type="checkbox"/> Colegiatura al día de regente titular. <input type="checkbox"/> Colegiatura al día de regente itinerante. <input type="checkbox"/> Colegiatura al día de regente suplente. <input type="checkbox"/> Carné al día de regente titular. <input type="checkbox"/> Carné al día de regente itinerante. <input type="checkbox"/> Carné al día de regente suplente. <input type="checkbox"/> Comprobante de pago del trámite de la regencia. 	<p>Para solicitante persona jurídica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Certificación de personería jurídica con menos de un mes de emitida. <input type="checkbox"/> Original de la cédula de identidad. <input type="checkbox"/> Colegiatura al día de regente titular. <input type="checkbox"/> Colegiatura al día de regente itinerante. <input type="checkbox"/> Colegiatura al día de regente suplente. <input type="checkbox"/> Carné al día de regente titular. <input type="checkbox"/> Carné al día de regente itinerante. <input type="checkbox"/> Carné al día de regente suplente. <input type="checkbox"/> Comprobante de pago del trámite de la regencia.
---	---

Recibido y verificado por: _____ Firma: _____

Fecha: ____/____/____

CONTROL DE VERSIONES

Previo a su publicación en el Sistema de Gestión Digital, este documento lo revisó el Coordinador de Gestión y aprobó la Dirección Ejecutiva de Colegio de Terapeutas de Costa Rica.

Versión	Fecha	Origen del cambio
01	02/03/2021	Se actualiza contenido del Formulario.
02	07/06/2021	Se actualiza contenido
03	25/02/2022	Se modifica el contenido
04	06-03-2023	Se modifica contenido
05	11-01-2024	Actualización de contenido