

Yo, \_\_\_\_\_, portador de la cédula de identidad número \_\_\_\_\_ (en adelante el Interesado)

OTORGO MI CONSENTIMIENTO INFORMADO A:

**COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA**, domiciliado en San José, de la rotonda de las Garantías Sociales, doscientos metros al oeste y 100 norte, titular de la cédula de persona jurídica número tres - cero cero siete - cero cuatro cinco cuatro dos siete - once para que proceda a almacenar mis datos de contacto incluidos en el formulario “Hoja de Inscripción Curso de Educación Jurídica”, en su base de datos “**General CAACR**”, con la finalidad principal de gestionar la matrícula del curso de educación jurídica, levantar listas, gestionar los grupos y envío de comunicaciones.

Manifiesto que he sido informado del uso y tratamiento que se le dará a mis datos, incluso que los profesores que aplicarán la prueba tendrán acceso a la información, que el único destinatario de esa información será el Colegio, que las respuestas a las preguntas del formulario indicado son necesarias para poder matricular y poder entregar certificado, así como que puedo ejercer mis derechos de acceso, rectificación, supresión y cancelación de datos, mediante documento digital signado con firma digital (no escaneada) o mediante nota escrita presentada en la sede central del Colegio .

Finalmente, manifiesto que he entendido la información que me ha brindado el Colegio y la trascendencia de este acto, para lo cual estampo mi firma como aval del CONSENTIMIENTO INFORMADO que en este documento otorgo.

---

Nombre y firma

---

Lugar, hora y fecha.



COLEGIO DE ABOGADOS Y ABOGADAS DE COSTA RICA  
HOJA DE INSCRIPCIÓN  
CURSO DE EDUCACIÓN JURIDICA

Recibido por:
Fecha:
Recibo N°:
Modalidad: Virtual ( ) Presencial ( )

Código del Curso: _____
Nombre del curso: _____ Mes: _____

Nombre y apellidos: _____
---------------------------

Número de carné: _____	Número de cédula: _____
------------------------	-------------------------

Teléfonos:
Casa: _____ Oficina: _____ Celular: _____

Lugar de Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____
Desea que se le remita información por correo electrónico relacionada con las actividades académicas y de otra índole que realiza el Colegio de Abogados de Costa Rica.
Sí ( ) No ( )

¿Cómo se enteró del curso que va a matricular?
( ) Periódico ( ) Correo electrónico ( ) Por otro abogado

¿Tiene experiencia en algún otro curso virtual? SI ( ) NO ( ) NO APLICA ( )
si la tiene anote dónde y cuántas horas _____

Forma de pago
( ) Caja del Colegio ( ) Cheque
( ) Depósito Número: _____ Banco: _____ Fecha: _____
( ) Transferencia Número: _____ Banco: _____ Fecha: _____
Cuentas
<b>BNCR: 100-01-000-016872-4</b> <b>BCR:001-0190089-7</b>

*La Dirección Académica cuenta con un sistema de matrícula que sólo permite la inclusión en el grupo una vez que se ha realizado el pago del curso y se ha formalizado el proceso de matrícula.*

*Nota: Para efectos de devolución de dinero es fundamental considerar lo siguiente: En caso de que el curso no logre el cupo mínimo para impartirse, el Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica, hará el reintegro del dinero. Una vez matriculado el curso, si el estudiante por situaciones de fuerza mayor no puede asistir; podrá solicitar por escrito a la Dirección Académica la devolución del dinero, tres días (3) antes de que el curso inicie*

Firma del matriculado (a) \_\_\_\_\_ Nombre del Tramitante: \_\_\_\_\_