



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN INSTITUCIONAL DE CONTRALORÍAS DE SERVICIOS DE SALUD
BOLETA DE INSCRIPCIÓN PARA CANDIDATOS Y ELECTORES ASEGURADOS

JUNTA DE SALUD DE:

ELECTORES

☐

CANDIDATO

☐

FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____.

NOMBRE DEL ASEGURADO:

_____.

NOMBRE DEL CANDIDATO/ELECTOR:

_____.

NÚMERO DE CÉDULA: _____.

TELÉFONO: _____.

REQUISITOS

**Este espacio debe ser verificado por el funcionario.
Este apartado aplica solamente para inscripciones de candidatos.**

CUMPLE
SI NO

1. Estar al día en sus obligaciones con la CCSS.
2. Presentar cédula de identidad o DIMEX al día y en buen estado.
3. Estar adscrito en el establecimiento de salud para el cual se postula o emite su voto independientemente de su condición de aseguramiento (Artículo 31).

☐	☐
☐	☐
☐	☐

Nombre y Firma del Responsable
de Realizar la Inscripción.

Nombre y Firma del
Candidato/Elector.