



JUNTA DE SALUD DE:

ELECTORES

CANDIDATO

FECHA DE INSCRIPCIÓN: _____.

NOMBRE DEL PATRONO:

_____.

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.**

1. Certificación o autorización extendida por el patrono o su representante legal, que lo acredite como representante en el proceso de elección.
2. En caso de tratarse de personas jurídica, deberá aportar la personería jurídica vigente, para lo cual se dejará constancia en los registros del establecimiento de salud.
3. Tanto el patrono como el candidato deben de estar al día en sus obligaciones con la CCSS.
4. Presentar cédula de identidad o DIMEX al día y en buen estado (Artículo 30).

CUMPLE
SI NO

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre y Firma del Responsable
de Realizar la Inscripción.

Nombre y Firma del
Candidato/Elector.