

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**, domiciliada 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 del Examen de Excelencia Académica”, en su base de datos “**General CAACR**” con la finalidad principal de gestionar la matrícula del examen de incorporación, 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 efectuar la prueba, así como que puedo ejercer mis derechos de acceso, rectificación, supresión y cancelación de datos, mediante documento digital signado con firma digital (no escaneada) a la dirección de correo electrónico [datos@abogados.or.cr](mailto:datos@abogados.or.cr), 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 INSCRIPCION EXAMEN DE EXCELENCIA ACADÉMICA

Recibido por:

Recibo  
Nº:

### DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	NUMERO DE CEDULA
-----------------	------------------	--------	------------------

**\*\*\*SEDE DONDE REALIZARÁ EL EXAMEN:**

(De acuerdo con correo) \_\_\_\_\_

TELEFONO TRAB: \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_

TELEFONO HAB: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

ENTREGÓ COPIA DE TÍTULO DE LICENCIATURA:

SI

NO

**NOTA: Requisito indispensable para realizar el examen**

UNIVERSIDAD DONDE PROCEDE:

FIRMA DEL INTERESADO \_\_\_\_\_