



COLEGIO DE FARMACÉUTICOS DE COSTA RICA

SERVICIO BOLSA DE EMPLEO

INSCRIPCIÓN EN LA BOLSA DE EMPLEO

Número de colegiado(a):

DATOS PERSONALES:

NOMBRE:

TELÉFONO(S)

DISPONIBILIDAD

Tiempo completo Fines de semana

Medio tiempo

Vacaciones o permisos

ÁREA(S) DE
DESEMPEÑO
PROFESIONAL DE SU
INTERÉS

LUGAR DE
RESIDENCIA

DOMINIO DEL
INGLÉS

Completo Nivel Básico

Intermedio Otros idiomas. Indique cuáles

**CORREO
ELECTRÓNICO:**

**ÁREAS DEL PAÍS
DONDE ESTÁ
DISPUESTO(A) A
LABORAR**

**ÁREA DE LA
PROFESIÓN EN QUE
LABORA
ACTUALMENTE**

**ÁREA(S) DE LA
PROFESIÓN EN LA(S)
QUE TIENE
EXPERIENCIA**

**INDIQUE SUS AÑOS
DE EXPERIENCIA**

**ESTABLECIMIENTO,
COMPAÑÍA O
INSTITUCIÓN PARA
LA QUE LABORA
ACTUALMENTE**

FIRMA