

¿Alguna vez ha sido convicto por algún delito grave en la esfera estatal, federal y/o extranjera?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
¿Ha fallado en hacer pagos de contribuciones adeudadas o en alguna deuda en la que haya incurrido con alguna agencia de gobierno o está en atrasos en sus pagos por concepto de pensión alimentaria?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
¿Le ha revocado el Departamento de Salud su permiso para ser médico primario o cuidador primario?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
Actualmente, ¿es usted menor de 21 años de edad?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
Si usted respondió "Sí" a alguna de estas preguntas, según la reglamentación del Estado Libre Asociado de Puerto Rico NO puede obtener una licencia ocupacional de Cannabis Medicinal.	

Sección III Historial criminal

Después de cumplir los dieciocho (18) de edad, ¿alguna vez ha sido convicto por algún delito grave en la esfera estatal, federal y/o extranjera?	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO
En los últimos cinco (5) años, ¿ha sido convicto por algún delito grave en la esfera estatal, federal y/o extranjera? NOTA: Enumere toda acusación presentada en su contra por delitos graves durante los pasados cinco (5) años, sin excepción.	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> NO

SECCIÓN IV Educación

Escuela superior	Dirección
Grados completados: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> Ninguno	Fecha de graduación _____ / _____ mes año
Universidad y/o Institución de educación superior	Dirección
Fecha de graduación _____ / _____ mes año	Concentración / Grado Obtenido
Universidad y/o Institución de educación superior	Dirección
Fecha de graduación _____ / _____ mes año	Concentración / Grado Obtenido
Universidad y/o Institución de educación superior	Dirección
Fecha de graduación _____ / _____ mes año	Concentración / Grado Obtenido

SECCIÓN V Aranceles

Marque uno	Tipo	Arancel correspondiente
<input type="checkbox"/>	Licencia ocupacional gerencial	\$500.00
<input type="checkbox"/>	Licencia ocupacional de empleado	\$150.00

Total de aranceles a pagar	\$ _____
Nombre y firma del Solicitante	Fecha ____ / ____ / ____ día mes año
Nombre y firma del técnico que recibe los documentos (Para uso de la Oficina)	Fecha ____ / ____ / ____ día mes año