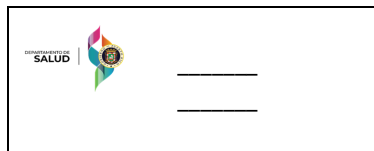




**REQUISITOS PARA SOLICITAR**  
**LICENCIA PERMANENTE DE CONSEJERO PROFESIONAL**

1. Formulario de solicitud para Licencia Permanente debidamente juramentada ante un notario público.
2. **Original** Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico o lugar de residencia.  
***NOTA:*** Del certificado ser electrónico, deberá incluir la validación electrónica del mismo.  
**(No mayor de seis meses (6) meses)**
3. **Un (1) sobre** pre-dirigido con sello. **(Debe incluir su dirección postal)**



4. Pago correspondiente por la cantidad de cien **(\$100.00)** dólares. Pago no reembolsable. Los métodos de pago son los siguientes:
  - **ATH, VISA, MASTERCARD**
  - **Giro Postal o Cheque Certificado** pagados al ***Secretario de Hacienda***

**IMPORTANTE:** No se procesará esta solicitud hasta tanto el candidato someta toda la documentación que se requiere.



## **SOLICITUD PARA LICENCIA PERMANENTE DE CONSEJEROS PROFESIONALES**

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre                      Inicial

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_  
Residencia                      Trabajo                      Celular

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### **DECLARACIÓN JURADA**

**Adhiera una fotografía  
Reciente, autografiada  
Se requiere tamaño  
pasaporte**

COMPARECE \_\_\_\_\_

#### **Nombre completo del solicitante**

y debidamente JURAMENTADO expone que es la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta es de su persona y fue tomada recientemente.

Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta Solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autorizo a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales información que requiere sobre su persona, ampliar o corroborar información ofrecida en esta solicitud.

Acepta cumplir fielmente con el Código de Ética de la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL SOLICITANTE

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, hoy día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ en \_\_\_\_\_,  
Puerto Rico.

AFFIDÁVIT NUM.: \_\_\_\_\_

Sello del  
Notario

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud

**Junta Examinadora de Consejeros Profesionales**

PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200

[myrnet.gonzalez@salud.pr.gov](mailto:myrnet.gonzalez@salud.pr.gov), (787)765-2929 Ext. 6607



### **DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

1. Nombre: \_\_\_\_\_
2. Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_
3. Seguro Social: xxx-xx-\_\_\_\_\_ (últimos cuatro dígitos)
4. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ (Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su estatus actual).
5. ¿Ha sido CONVICTO de algún delito grave? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_ (Si su contestación es afirmativa, explique)

---

---

---

### **PREPARACIÓN ACADEMICA Y PROFESIONAL**

---

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

---

---

Grado obtenido: \_\_\_\_\_ Fecha obtención: \_\_\_\_\_