



Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico

Solicitud para Licencia Permanente

Examen de Reválida _____

Convalidación del NMTCB _____

Nombre _____

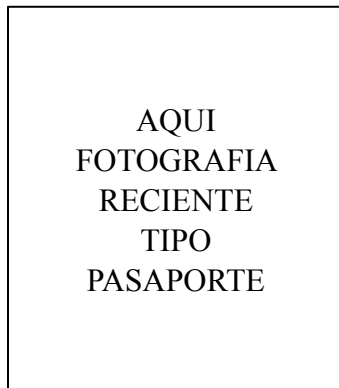
Fecha de Radicación _____

Cualquier información falsa en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para cancelar la licencia, después de expedida. Por la presente solicito licencia para ejercer la profesión de Tecnólogo en Medicina Nuclear y bajo juramento someto las siguientes declaraciones.

AFFIDAVIT

Estado o
Territorio _____

Pueblo o
Ciudad de _____



Yo, debidamente juramento y expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud de licencia, que resido en Puerto Rico, que todas las declaraciones que ésta contiene son verídicas, que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y fue tomada recientemente.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Suscrito y jurado ante mi hoy día _____ de _____ de _____ en
_____ bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT NUM. _____

FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO



EL SOLICITANTE DEBERA LLENAR LOS SIGUIENTES ENCASILLADOS

(Llénese en letra de molde y tinta azul)

Nombre: _____

Fecha Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Teléfonos _____

Correo Electronico: _____

Dirección Postal: _____

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? **Si**_____ **No**_____. En caso negativo explique:

Lugar dónde se encuentra trabajando _____

Dirección y Número de Teléfono _____

¿Ha sido convicto de delito grave o menos grave? **Si**_____ **No** _____. En caso afirmativo explique en papel aparte y adjúntelo a la solicitud

¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad o condición? **Si**_____ **No**_____. Sí contesta afirmativo, someta Certificado Médico que explique la enfermedad y la condición de la misma a la fecha de esta solicitud.

Necesita acomodo razonable: **Si**_____ **No**_____. De contestar sí, favor presentar evidencia médica que explique la razón para dicho acomodo.



PREPARACIÓN ACADÉMICA

Nombre de la Universidad donde obtuvo el grado de Bachillerato en Ciencias Tecnología Medicina Nuclear _____

Dirección de la Universidad donde obtuvo el grado de Bachillerato en Ciencias Tecnología Medicina Nuclear _____

INFORMACIÓN DE CONVALIDACIÓN

Indique si posee la certificación profesional ofrecida por el "Nuclear Medicine Technologist Certification Board"

Certificación (CNMT) _____

Fecha expedición _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

**CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA MORAL****(Para ser firmado por dos profesionales de la salud)**

Los abajo firmantes, CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico, que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona responsable, serio (a) y de buena conducta moral, por lo cual la consideramos apto (a) para ejercer la profesión de Tecnólogo en Medicina Nuclear.

Nombre completo

Nombre completo

Dirección

Dirección

Profesión y número de licencia

Profesión y número de licencia

Firma

Firma**REQUISITOS**

JUNTA EXAMINADORA DE TECNÓLOGOS EN MEDICINA NUCLEAR DE PUERTO RICO

P.O. BOX 10200 SAN JUAN, PR 00908-0200

TEL. (787) 765-2929 EXT. 6685

iris.gonzalez@salud.pr.gov



- ____ 1. Solicitud debidamente cumplimentada en todas sus partes.
- ____ 2. **ORIGINAL** Certificado de Antecedentes Penales de Puerto Rico (No más de seis meses de expedido).
- ____ 3. **ORIGINAL Y COPIA** Certificado de Nacimiento.
- ____ 4. **ORIGINAL** Certificado de Salud
- ____ 5. **ORIGINAL Y COPIA** del Diploma de Bachillerato en Ciencias Tecnología Medicina Nuclear.
- ____ 6. **ORIGINAL** Transcripción de Créditos **OFICIAL** y **ORIGINAL** de Certificación de grado **OFICIAL**. Deberá ser enviado por la Institución a la Junta a la siguiente dirección:

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud
Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico

P.O. Box 10200
San Juan, PR 00908-0200

- ____ 7. **GIRO POSTAL O BANCARIO** a nombre del secretario de Hacienda que se desglosan como siguen: Puede pagar también con ATH que no tenga logotipo de Visa ni Mastercard.
 - \$30.00 dólares (No reembolsables) – Examen
 - \$40.00 dólares (No reembolsables) – Convalidación de Examen (NMTCB)

NOTA: Esta solicitud no podrá ser procesada hasta tanto el candidato haya sometido **TODA** la evidencia que la misma requiere.