



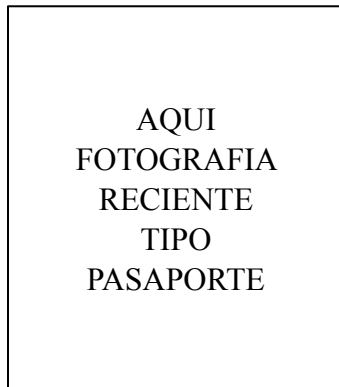
Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico

Solicitud para Licencia Provisional

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
Cuidad 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 _____

CORREECTRONICO: _____

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.

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



PREPARACIÓN ACADEMICA

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 DEL LUGAR DONDE VA A TRABAJAR

Fecha de comienzo _____

Teléfono de la Agencia donde Trabajará _____ Número de Fax _____

Nombre del Supervisor (a) inmediato _____

Letra de Molde

Número de Licencia del Supervisor (a) _____

Título del puesto del Supervisor (a) _____

Dirección Postal del Lugar donde Trabajará _____

Dirección Física del Lugar donde Trabajará _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

HORARIO OFICIAL DE FUNCIONES

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



Días	A. M.	P. M.	Total Horas
lunes			
martes			
miércoles			
jueves			
viernes			
sábado			
domingo			

NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA MORAL

(Para ser firmado por dos profesionales de la salud)

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



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

____ 1. Solicitud debidamente cumplimentada en todas sus partes.

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



- _____ 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) – Licencia Provisional**

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