



SOLICITUD PARA OBTENER LICENCIA PERMANENTE Y/O CONVALIDACIÓN

_____ **Terapeuta Físico** _____ **Asistente del Terapeuta Físico**

_____ **Licencia Permanente: Candidatos que no tienen licencia en Puerto Rico, ni en Otra jurisdicción de Estados Unidos.**

_____ **Licencia por Convalidación: Candidatos que tienen licencia en otra jurisdicción de Estados Unidos.**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

TELÉFONOS: _____
Residencia Trabajo Celular Otro

EMAIL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
MES / DIA / AÑO



DECLARACIÓN JURADA

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 demuestra mi parecido y que fue tomada recientemente.

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

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, hoy día _____ de _____ de _____ en _____,

AFIDÁVIT NUM.: _____



Firma del Notario

Esta solicitud deberá ser cumplimentada por aquellas personas que prueben que reúnen las cualidades y requisitos educativos especificados en la Ley Núm. 114 que reglamentan la profesión de Terapia Física del 29 de junio de 1962, según enmendada).

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para cancelar la Licencia.

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA FÍSICA DE PUERTO RICO

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1. ¿Ha cambiado su nombre o apellido? SI _____ NO _____ Indique original:

 (Incluya declaración jurada).
2. Lugar de nacimiento _____ Edad: _____
3. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? Sí _____ No _____ (Personas nacidas en el **extranjero** deben someter **evidencia de su status**).
4. ¿Ha sido **CONVICTO** de algún delito? _____ Sí _____ No (Si su contestación es afirmativa, explique en un papel aparte)
5. ¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad o condición? _____ Si contesta afirmativo, someta **Certificado Médico** que explique la enfermedad y la condición de la misma a la fecha de esta solicitud.
6. Necesita acomodo razonable: _____ Sí _____ No (De contestar **sí**, favor **presentar recomendaciones del especialista con especificaciones del acomodo. (Certificado Médico)**)
7. Autorizo a la JETFPR a proporcionar mi nombre junto con los resultados del examen de reválida a mi Institución educativa para propósitos estadísticos. _____ Sí _____ No

PREPARACIÓN ACADEMICA Y PROFESIONAL:

INSTITUCIÓN:

Nombre: _____

Dirección de la Institución: _____

Grado obtenido: _____

Fecha: _____

Primer año: _____

Período: _____

Segundo año: _____

Período: _____

Tercer año: _____

Período: _____

Cuarto año: _____

Período: _____

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA FÍSICA DE PUERTO RICO

CERTIFICACIÓN DE SOLVENCIA MORAL:

(Para ser cumplimentado y firmado por dos ciudadanos de buena reputación moral en la comunidad que conozcan bien al (a la) solicitante)

Los abajo firmantes CERTIFICAMOS a la JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA FISICA que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona respetable, seria y de buena solvencia moral, por lo cual le consideramos apto (a) para ejercer la profesión de **Terapista Físico** o la ocupación del **Asistentes del Terapista Físico**.

NOMBRE (Letra de molde)	NOMBRE (Letra de molde)
DIRECCIÓN: _____	DIRECCIÓN: _____
FIRMA	FIRMA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA: (Favor de usted no escribir en estos espacios)

FECHA DE RECIBO: _____

_____ SOLICITUD APROBADA _____ SOLICITUD DENEGADA

_____ Examen _____ Licencia Provisional _____ Licencia Permanente

RAZÓN: _____

SOLICITUD EVALUADA POR:

Presidente _____	FECHA: _____
Miembro _____	ACTA: _____
Miembro _____	
Miembro _____	

Miembro _____

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA FÍSICA DE PUERTO RICO

REQUISITOS PARA SOMETER CON ESTA SOLICITUD

1. _____ Solicitud debidamente notariada, firmada y cumplimentada en todas sus partes.
2. _____ **ORIGINAL y COPIA** Certificado de Nacimiento o evidencia de naturalización. (original y reciente).
3. _____ **ORIGINAL** Certificado de Antecedentes Penales de Puerto Rico (No más de treinta (30) días expedido).
4. _____ **ORIGINAL** Certificado de Antecedentes Penales de toda jurisdicción o país en donde haya residido en los últimos cinco (5) años (No más de treinta (30) días).
5. _____ **ORIGINAL** Transcripción de Crédito Oficial y Certificación de grado de sus estudios en Terapia Física. (Deberá ser enviado por la Institución a la Junta a la siguiente dirección).

**Junta Examinadora de Terapia Física
P.O. Box 10200
Santurce, PR 00908-0200**

6. _____ **CERTIFICACIÓN** de verificación de licencia “Goodstanding” de toda Jurisdicción o país donde tenga licencia de **Terapeuta Físico o Asistente del Terapeuta Físico.**
7. _____ TRAER DOS (2) SOBRES pre-dirigidos con sellos.
8. _____ ¿Tomo el examen ofrecido por FSBPT? Sí _____ No _____. Si contestó Sí, deberá solicitar la transferencia de los resultados del NPTE directamente de la FSBPT a esta jurisdicción. Si contesto **No**, deberá tomar el examen NPTE y solicitar él envío de resultados directamente de la FSBPT a esta JETFPR.
9. _____ Para programas no acreditados por CAPTE, someter evidencia de Evaluación de credenciales por la FCCPT y/o otra agencia reconocida por la FSBPT.
10. _____ GIRO POSTAL O CHEQUE CERTIFICADO por el Banco a nombre del **Secretario de Hacienda** o a través de Sistema de ATH por la cantidad de \$45.50 por derecho a:
 - **Examen y Licencia Permanente \$25.00 dólares**
 - **Ley Núm. 114 (Con enmiendas) \$10.50 dólares**
 - **Manual de Procedimientos \$10.00 dólares**
11. Para expedición de Licencia Provisional, un pago de \$10.00 dólares Adicional. (**Es opcional**)

NOTA: Esta solicitud **no** podrá ser procesada hasta tanto el candidato haya sometido **TODA** la evidencia que la misma requiere. La JETFPR se reserva el derecho de solicitar cualquier otro documento que estime pertinente.

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA FÍSICA DE PR.
TEL. (787) 765-2929 EXT. 6593 mmlugo@salud.gov.pr