



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

**SOLITUD DE LICENCIA PROVISIONAL
ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD**

NOTA ACLARATORIA: Está LICENCIA PROVISIONAL ESTARA VIGENTE hasta tanto la **JUNTA EXAMINADORA DE ADMINISTRADORES DE SERVICIOS DE SALUD DE PUERTO RICO** celebre el próximo examen de reválida y dé a conocer el resultado de este.

Favor de llenar en letra de molde

NOMBRE: _____ / _____ / _____ / _____
NOMBRE INICIAL APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

**DIRECCION
POSTAL:** _____

TELEFONOS: _____ / _____
TELEFONO PERSONAL TELEFONO ALTERNO

LUGAR DE TRABAJO: _____

POSICIÓN: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

FIRMA SOLICITANTE: _____

REQUISITOS :

_____ **1. GIRO POSTAL O BANCARIO O (ATH, VISA, MASTERCARD)Por la cantidad de \$10.00 dolares(no reembolsable) a favor del Secretario de Hacienda**

_____ **2.TRAER (1) SOBRE PRE-DIRIJIDO CON SELLO**