



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

**SECRETARIA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y
PROFESIONALES DE LA SALUD
JUNTA DE LICENCIAMIENTO Y DISCIPLINA MÉDICA**

**SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE NOTAS
REVÁLIDA DE PUERTO RICO**

NOMBRE _____

SEGURO SOCIAL XXX-XX-_____ E-MAIL _____

DIRECCIÓN POSTAL _____

TEL. RES./CEL. _____ TEL. TRABAJO _____

NÚM. DE LICENCIA REGULAR (SI POSEE) _____

ESTA VERIFICACIÓN ES PARA ENVIARSE A: _____

DIRECCIÓN _____

REQUISITOS

Giro postal o cheque certificado a nombre de **SECRETARIO DE HACIENDA** por la cantidad de \$25.00, o también puede hacer el pago mediante tarjetas **VISA, MÁSTER CARD o ATH**. Debe traer sobre pre-dirigido con sello. **NO SE REEMBOLSA DINERO.**

Firma

Fecha

