

**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN
CERTIFICADO DE REGISTRO SUSTANCIAS CONTROLADAS
Clase Médica****I. DATOS PERSONALES**

1. _____
Nombre de la Persona Natural Número de Registro Asignado
2. Fecha de nacimiento _____ 3. Número de Seguro Social _____
4. Dirección del lugar de Trabajo: _____

5. Dirección Residencial: _____
_____ Teléfono: _____
6. Dirección Postal del Registrado: _____

7. Correo electrónico: _____
8. Dirección donde desea recibir la correspondencia: () Lugar de Trabajo () Residencial () Postal
9. ¿Ha residido fuera de Puerto Rico? () Sí () No
En caso de ser afirmativo, indique años y lugares: _____
10. Clasificación de Sustancias Controladas, incluyendo las narcóticas a registrar:
() Clasificación II () Clasificación III () Clasificación IV () Clasificación V
11. Número de Certificación de la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica _____ (acompañe copia).
12. Escuela donde obtuvo el grado: _____ Fecha: _____
13. Especialidad: _____ Donde la obtuvo (Institución y lugar): _____

La información suministrada en este documento es correcta. De ser falsa conlleva la denegación del registro, conforme al Artículo 304 (2) de la Ley # 4 de Sustancias Controladas de Puerto Rico.

Firma del Solicitante_____
Fecha de Solicitud

