



Departamento de Salud  
Junta Examinadora de Enfermería de Puerto Rico

SOLICITUD DE  **DUPLICADO**  **SUSTITUCIÓN**

\_\_\_\_\_ **LICENCIA PERMANENTE**  
\_\_\_\_\_ **LICENCIA PROVISIONAL**  
\_\_\_\_\_ **CERTIFICACIÓN AREA DE CUIDADO DE ESPECIALIDAD**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
**NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE**

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

Número de Tel. \_\_\_\_\_

Número de Licencia: \_\_\_\_\_

Fecha de Expedición: \_\_\_\_\_

Enf. Especialistas \_\_\_\_\_ Enf. Generalistas \_\_\_\_\_ Práctica Avanzada

Enf. Asociadas/os \_\_\_\_\_ Enf. Práctica/o \_\_\_\_\_

**Razón de la solicitud:** \_\_\_\_\_

**Firma del Solicitante:** \_\_\_\_\_

**\*\*ESTE DOCUMENTO DEBE SER LLENADO EN TODAS SUS PARTES\*\***

**REQUISITOS PARA SOLICITAR DUPLICADO DE LICENCIA:**

1. Giro postal o Bancario por la cantidad de **\$30.00** (treinta dólares) a nombre de **Secretario de Hacienda**
2. Declaración Jurada ante un Abogado Notario (**solo para Duplicado**)
3. Para sustitución de licencia debe entregar la licencia Original.
4. Un sobre con sello y dirección postal.