



SOLICITUD DE EXAMEN Y LICENCIA PARA EJERCER LA PROFESION DE ASISTENTE DENTAL

Asistente Dental con Funciones Expandidas _____

Fecha de entrega: _____

DECLARACION JURADA

COMPARECE _____

Nombre completo del solicitante (En letra de molde)

Seguro Social _____ e identificado mediante

Clase de identificación

Número

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 muestra su parecido y fue tomada recientemente.

Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO pueda denegar la misma, o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autoriza a cualquier persona, corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para que ofrezca a la JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO cualquier información que requiera sobre su persona y/o para ampliar, aclarar o corroborar la información ofrecida en esta o con esta solicitud.

Firma del solicitante

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy _____ de _____ de _____,
en _____.

AFIDAVIT NUM: _____

Firma del Notario

Sello Asistencia Legal

Sello del Notario

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

DIRECCION PERMANENTE: _____
Núm. y Calle Barrio o Urbanización Pueblo Zip Code

DIRECCION POSTAL: _____

TELEFONOS: RES. _____ **CELULAR:** _____ **EMAIL:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ **LUGAR:** _____ / _____
Día Mes Año Ciudad Estado o País

¿ES USTED CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS? _____ De contestar en la negativa, indique si usted es:
_____ NATURALIZADO _____ / _____ RESIDENTE _____
Número de certificado Número de tarjeta

¿HA SIDO CAMBIADO SU NOMBRE O SU APELLIDO? _____ En caso afirmativo, indique:
_____ / _____
Fecha y lugar del cambio Razón del cambio Nombre y/o apellido original

¿HA SIDO USTED CONVICTO DE ALGUN DELITO? _____ En caso afirmativo, indique:
_____ / _____
Naturaleza del delito Lugar y fecha Status

(Utilice pliego o documento aparte para información adicional, de ser necesario)

¿HA PADECIDO O PADECE USTED DE ALGUNA ENFERMEDAD O CONDICION CONTAGIOSA? _____
De contestar en la afirmativa, someta certificado médico que explique la enfermedad y las condiciones de la misma a la fecha de esta solicitud.

Intereso tomar el examen en: Español Inglés

Por la Ley ADA tiene el beneficio de solicitar acomodo en caso de impedimentos. INTERESO NO INTERESO

En caso afirmativo, favor de proveer evidencia sobre su condición, por separado .

CERTIFICACION DE BUENA CONDUCTA MORAL

Los abajo firmantes **CERTIFICAMOS** a la **JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO** que conocemos personalmente a _____ y que nos consta de propio conocimiento que es una persona respetable y de buena conducta moral, por lo cual le consideramos apto para ejercer la profesión de asistente dental.

Nombre en letra de molde

Nombre en letra de molde

Dirección

Dirección

Firma

Firma

EDUCACION ACADEMICA

Escuela Superior

Lugar

Fecha de graduación

Curso de Asistente Dental (Institución)

Lugar

Fecha de graduación



JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde

INFORMACION PERSONAL:

_____, _____
Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Inicial

Seguro Social Fecha de Nacimiento
***Últimos 4 dígitos dd / mm / yyyy** F M

Ciudadanía: _____

Teléfono Celular Teléfono Hogar Teléfono Trabajo

Email (Ejemplo: user@yahoo.com)

Dirección Postal:

Examen a Tomar:

- Todas las Partes
- Examen Práctico de Radiografía
- Examen Práctico de Instrumentación y Equipo
- Examen Teórico

Ciudad, País Código Postal

Acomodo Razonable: Si _____ No _____

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____

Proveedor de Repaso: _____

Visto Bueno: _____ **Fecha:** _____

ACCION TOMADA POR LA JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO

ASISTENTE DENTAL

ESTA SOLICITUD HA SIDO:

EXAMEN

APROBADA

DENEGADA

PRESIDENTE

MIEMBRO

MIEMBRO

MIEMBRO

MIEMBRO

MIEMBRO

MIEMBRO

FECHA: _____

OBSERVACIONES: _____

Nombre del Solicitante _____
(Asistente Dental)

REQUISITOS QUE DEBE ACOMPAÑAR CON ESTA SOLICITUD

- 1. SOLICITUD** cumplimentada en todas sus partes, juramentada ante notario público y con su fotografía adherida en el espacio provisto. (*La Buena Conducta Moral debe ser completada por dos personas que le conozcan y que **no** sean miembros de su familia*)
- 2. ORIGINAL Y COPIA** de Certificado de Nacimiento (Nuevo/Azul). Los solicitantes extranjeros deben proveer su número de Tarjeta de Residente o del Certificado de Naturalización y presentar el documento para verificación.
- 3.** Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico dentro de los treinta (30) días a la fecha en que presenta su solicitud.
- 4. ORIGINAL Y COPIA** del diploma o certificado de Escuela Superior. En caso de que no pueda presentar el diploma o certificado, éstos pueden ser sustituidos por una transcripción oficial de créditos en original.
- 5.** Copia de su identificación – Licencia de conducir, Identificación DTOP o Pasaporte.
- 6. UN SOBRE pre-dirigido** con sello postal.
- 7. ORIGINAL** de Transcripción oficial de créditos y Certificado de Graduación del curso de Asistente Dental. Estos deben ser enviados por la institución directamente a la oficina de la Junta a la siguiente dirección:

JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO
PO Box 10200
San Juan, PR 00908-0200

8. PAGO por la cantidad de **\$30.00** dólares (**No reembolsables**) por derecho a:

- Examen para Asistente Dental:
 - Examen Teórico
 - Examen de Instrumentos
 - Examen de Radiografías } **\$5.00 dólares**
- Certificado de Asistente Dental con Funciones Expandidas - **\$25.00 dólares**

Métodos de pago: ATH, VISA, MASTERCARD o GIRO (POSTAL o BANCARIO) a favor del Secretario de Hacienda.

9. Usted pagara a Didaxis por la cantidad de **\$70.00** dólares (No reembolsables) a la Compañía Didaxis, que es la compañía que ofrece el examen de reválida) **Este pago será efectuado una vez la compañía los contacte.**

* **No se aceptarán solicitudes incompletas.**

Información de contacto: **Cindy Reyes, Secretaria de la Junta Dental** Tel. (787) 765-2929 Ext. 6605
Email: cindy.reyes@salud.pr.gov

OFICINA DE REGLAMENTACION Y CERTIFICACION DE PROFESIONALES DE SALUD
Edificio GM GROUP (Tercer Piso)

Ave. Ponce de León #1590 en la Carr. #1 de Caguas a Río Piedras
Frente al Pub Logan's y frente al Antiguo Edificio de La Electrónica