



JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE LICENCIA LIMITADAS PARA DENTISTA FACULTATIVOS DE LA ESCUELA DE MEDICINA DENTAL, UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO

A la Honorable Junta Dental Examinadora de Puerto Rico.

Yo, _____, solicito la renovación de la licencia limitada de facultad con el único propósito de ejercer como profesor facultativo en la Escuela de Medicina Dental de la Universidad de Puerto Rico y obtener privilegios de hospital en los Centro de Enseñanza para dentistas y sus especialidades de la Escuela de Medicina Dental de la UPR.

Reconozco que esta licencia no me autoriza a ejercer la profesión en la práctica privada, ya que se emite con propósito educación y de enseñanza.

Para, que así conste, firmo, hoy, _____ de _____ de _____.

Firma de dentista solicitando licencia limitada

Información Personal

Nombre: _____

Dirección: _____

Números de Teléfonos:

Tel. Móvil

Tel. Residencial

Tel. Trabajo

Correo electrónico: _____

Presentación de evidencia de residencia o ciudadanía americana:

_____ **Si** _____ **No**

Cursos en Educación Continua

Presentó _____ **Créditos** _____ **aprobados**

_____ **No aprobados**

Pago de solicitud. \$400.00 _____ **Si** _____ **No**

Desde _____ **hasta** _____

Presento evidencia de certificado de antecedentes penales _____ **Sí** _____ **No**

Presentó certificado de Asume: _____ **Sí** _____ **No**

Presentó documento donde evidencia actos disciplinarios _____ **Sí** _____ **No**

PARA USO DE LA JUNTA DENTAL EXAMIANDORA

Licencia limitada de facultad:

Candidato _____

presento todos los requisitos: _____ **Sí** _____ **No**

Aprobado _____

No aprobado _____

Firma del Presidente de la Junta

Firma Miembro de la Junta

Firma Miembro de la Junta

Firma Miembro de la Junta