JUNTA EXAMINADORA DE EDUCADORES EN SALUD DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE LICENCIA PROVISIONAL

Fecha de Radicación: _____

Bachillerato_____ Maestría _____

Nombre: _____
APELLIDOS NOMBRE INICIAL

Dirección Postal:

_____

_____

Teléfono: _____

Universidad: _____

Lugar de Trabajo: _____

1. Deberá someter un pago de veinticinco dólares ($25.00) por concepto de licencia Provisional pagadero **al Secretario de Hacienda** en giro. **También tenemos Sistema de ATH**.

****LOS DERECHOS COBRADOS NO SERAN DEVUELTOS BAJO NINGUN CONCEPTO**

2. Un sobre pre- dirigido con sello.

JUNTA EXAMINADORA DE EDUCADORES EN SALUD
P.O.BOX 10200
SAN JUAN, P.R 00908-0200
TELEFONO (787) 999-8989 EXT. 3462
ctrinidad@salud.pr.gov