



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

## DEPARTAMENTO DE SALUD

### JUNTA EXAMINADORA DE EDUCADORES EN SALUD DE PUERTO RICO

#### SOLICITUD DE LICENCIA PROVISIONAL

FECHA DE RADICACION: \_\_\_\_\_

BACHILLERATO: \_\_\_\_\_ MAESTRIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
APELLIDOS NOMBRE INICIAL

DIRECCION POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD: \_\_\_\_\_

LUGAR DE TRABAJO: \_\_\_\_\_

#### **REQUISITOS**

1. Deberá someter un pago de veinticinco dólares (\$25.00) por concepto de re-examen pagadero al **Secretario de Hacienda** en giro postal o cheque certificado por el banco.

2. Un sobre pre-dirigido con sello.

\*Los derechos cobrados no serán devueltos bajo ningún concepto.

Call Box 10200, San Juan, PR 00908-0200  
Tel. 787-765-2929 ext. 3462 E-mail: [ctrinidad@salud.pr.gov](mailto:ctrinidad@salud.pr.gov)