



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

## **SOLICITUD DE LICENCIA PROVISIONAL** **Junta Examinadora de Médicos Veterinarios de Puerto Rico**

Según lo dispuesto en el Artículo 11 de la Ley Núm. 194 del 4 de agosto de 1979

Fecha de recibo de esta solicitud \_\_\_\_\_

Aprobada \_\_\_\_\_ Denegada \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
Calle, Número, Pueblo, Ciudad, Zip Code

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Nacionalidad / Ciudadanía \_\_\_\_\_

Nombre y dirección o localización de escuela/colegio de medicina donde estudió y se graduó \_\_\_\_\_

Nombre de Agencia donde trabajara \_\_\_\_\_

Dirección y número de teléfono de la agencia \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y número de teléfono del Médico Veterinario licenciado que será supervisor inmediato del solicitante \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Horario Oficial de Funciones**

<b>Días</b>	<b>AM.</b>	<b>PM.</b>	<b>Total de Horas</b>
lunes			
martes			
miércoles			
jueves			
viernes			
sábado			
domingo			



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Entiendo que ejerceré la medicina veterinaria bajo la supervisión inmediata del medico veterinario licenciado \_\_\_\_\_ como preceptor, bajo las condiciones de la Ley Núm. 194, del 4 de agosto de 1979 y el reglamento, y que la licencia provisional expirara al concluir la primera sesión de exámenes de revalida que se celebra en fecha subsiguiente a la fecha de expedición de tal licencia.

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Para ser cumplimentado por el medico veterinario preceptor:**

He leído la solicitud de \_\_\_\_\_ para una licencia provisional, y entiendo que solo ejercerá la profesión de medicina veterinaria bajo mi supervisión directa.

\_\_\_\_\_  
**Firma Médico Veterinario**

\_\_\_\_\_  
**Número de Licencia Médico Veterinario**

### **Aviso:**

Para la solicitud de Licencia Provisional deberá hacer pago por la cantidad de **\$50.00 (NO REEMBOLSABLES)**. Métodos de pago: ATH, VISA, MasterCard, Giro postal o Cheque Certificado a nombre de **Secretario de Hacienda.**

**JUNTA EXAMINADORA DE MEDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO**

Ext. 6561 / Email: [gonzalez.juliany@salud.pr.gov](mailto:gonzalez.juliany@salud.pr.gov)

PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184

 787 – 999 – 8989

 [www.salud.pr.gov](http://www.salud.pr.gov)