



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA
DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS
Y PROFESIONALES DE LA SALUD

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO DE INACTIVACIÓN DE LICENCIA PERMANENTE

Nombre: _____

Profesión: _____

Número de Licencia: _____ Número de Registro: _____

Dirección Postal: _____

Número Teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Solicito a la Junta Examinadora de _____ inactivar mi licencia,
ya que no me encuentro ejerciendo mi profesión por motivo de _____

*Certifico que lo declarado es correcto y que entiendo lo que implica la inactivación de mi
licencia, así como mi obligación de solicitar la reactivación de esta antes de volver a ejercer.*

Fecha de solicitud: _____ Firma: _____

PARA USO OFICIAL

Deberá pagar penalidades por trienios vencidos a partir del año 1998.

Cantidad por pagar: \$ _____ Fecha de vencimiento: _____

ADVERTENCIA

Una licencia en estado inactivo significa que se suspende el derecho del profesional a ejercer, pero ello no implica que el profesional pierda la licencia. Una licencia inactiva deberá ser reactivada por la Junta Examinadora antes de volver a ejercer. Para reactivar su licencia, el profesional deberá notificar a la Junta su intención de reintegrarse a su profesión y solicitar reactivación. La Junta podrá imponer ciertos requisitos para reactivar una licencia.

Atendido por: _____ Fecha: _____

Técnico: _____ Fecha de inactivación en sistema: _____