DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

JUNTA EXAMINADORA DE EMBALSAMADORES DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE EXAMEN

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

_____

Apellido Paterno **Apellido Materno** **Nombre** **Inicial**

DIRECCIÓN FÍSICA:

_____

DIRECCIÓN POSTAL:

_____

TELEFONOS:

_____

Residencia **Trabajo** **Celular** **Otro**

SEGURO SOCIAL NUM.: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

MES / DIA / AÑO

CORREO ELECTRONICO: _____

Adhiera una fotografía 2 x 2 RECIENTE

DECLARACIÓN JURADA

COMPARECE _____

Nombre completo del solicitante

y debidamente JURAMENTADO expone que es la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta es de su persona y fue tomada recientemente.

_____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, hoy día _____ de _____ de _____ en _____, Puerto Rico.

AFFIDÁVIT NUM.: _____ **SELLO DEL**

_____

NOTARIO **Firma del Notario**

Esta solicitud debe ser cumplimentada únicamente por aquellas personas que prueben que reunen las cualidades y requisitos educativos y de experiencia exigidos por la Ley Núm. 6 del 9 de marzo de 1967, según enmendada.

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegarla, para cancelar la Licencia después de expedida o penalizar a la persona que ha declarado falsamente.

JUNTA EXAMINADORA DE EMBALSAMADORES DE PUERTO RICO

. Tel: (787) 999-8989 Ext. 6567 - maria.garcia@salud.pr.gov

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1. ¿Ha cambiado su nombre o apellidos? SI _____ NO _____
   Indique original: _____
2. Lugar de nacimiento: _____ Edad: _____
3. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? SI _____ NO _____
   (Personas nacidas en el extranjero debe someter evidencia de su Estatus)
4. ¿Ha sido convicto de algún delito? SI _____ NO _____
   (Si su contestación es afirmativa, explique en un papel aparte)
5. ¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad, condición o impedimento? ___
   (Si la contestación es afirmativa, someta Certificado Médico que explique la enfermedad o condición de la misma de la fecha de esta solicitud)

CERTIFICACIÓN DE BUENA CONDUCTA

Para ser cumplimentada y firmado por dos (2) ciudadanos de buena reputación moral.

Los abajo firmantes CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Embalsamadores que conocemos personalmente al solicitante desde hace por lo menos cinco años y que nos consta de propio conocimiento que es persona respetable, seria y de buena solvencia moral, por lo cual le consideramos apto (a) para ejercer la profesión de EMBALSAMADOR en Puerto Rico:

_____	_____
Nombre (Letra de molde)	**Nombre (Letra de molde)**
DIRECCIÓN: _____	**DIRECCIÓN**:_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
FIRMA	**FIRMA**

PREPARACIÓN ACADEMICA Y PROFESIONAL

ESCUELA SUPERIOR:

Nombre de Escuela o Colegio: _____
¿Es graduado de escuela superior? SI _____ NO _____
Fecha de Graduación: _____
¿Usted culmino con estudios libres? SI _____ NO _____
Fecha de Culminación: _____

CERTIFICACIÓN DE REGISTRO DEMOGRÁFICO:

Certificamos que _____ ha completado satisfactoriamente el adiestramiento en Registro Demográfico en los asuntos inherentes a la práctica de la profesión de Embalsamador. Realizando dicha práctica en el Distrito Número: _____ en _____, Puerto Rico.

SELLO OFICIAL DE
REGISTRO DEMOGÁFICO

_____
FIRMA DEL REGISTRADOR

_____
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

CERTIFICACIÓN DE ESCUELA PARA EMBALSAMADORES:

Certificamos que _____ ha completado satisfactoriamente el curso de embalsamadores de _____ año(s) de duración, habiéndose expedido el correspondiente Diploma en _____ el día ____ de _____ de _____, con el Grado Otorgado de Embalsamador.

_____
NOMBRE DE LA ESCUELA

_____
FIRMA DEL DIRECTOR

_____
FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

SELLO OFICIAL DE LA ESCUELA

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

JUNTA EXAMINADORA DE EMBALSAMADORES

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA

Candidato: _____ Fecha de Recibo: _____

Solicitud de: _____ Examen Teórico en Ciencias Mortuorias y Ciencias Médicas
_____ Re – Examen ___ Ciencias Mortuorias ___ Ciencias Médicas
_____ Examen Práctico _____ Re – Examen Práctico

Indicar Número de Intento para Tomar el Examen _____ Teórico _____ Práctico
Acción Tomada en la Solicitud: _____ APROBADA _____ DENEGADA
Razones: _____
_____
_____
Solicitud Evaluada el día _____ de _____ de _____ por los miembros:
_____ Lic. # _____ _____ Lic. # _____
_____ Lic. # _____ _____ Lic. # _____
Acta Núm. _____

Fecha de Recibo: _____
Solicitud de: _____ Re – Examen _____ Ciencias Mortuorias _____ Ciencias Médicas
_____ Examen Práctico _____ Re – Examen Práctico
Indicar Número de Intento para Tomar el Examen _____ Teórico _____ Práctico
Acción Tomada en la Solicitud: _____ APROBADA _____ DENEGADA
Razones: _____
_____
_____
Solicitud Evaluada el día _____ de _____ de _____ por los miembros:
_____ Lic. # _____ _____ Lic. # _____
_____ Lic. # _____ _____ Lic. # _____
Acta Núm. _____

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

JUNTA EXAMINADORA DE EMBALSAMADORES DE PUERTO RICO
Favor de llenar en su totalidad en letra de molde.

Información Personal:

_____ _____ _____ _____
Primer Apellido **Segundo Apellido** **Primer Nombre** **Inicial**

_____ _____ **F** ☐ **M** ☐
Seguro Social **Fecha de Nacimiento**
***Últimos 4 dígitos** **dd/mm/yyyy**

Ciudadanía: _____

_____ _____ _____
Teléfono Celular **Teléfono Hogar** **Teléfono Trabajo**

_____
e-mail Ejemplo: user@yahoo.com

Información de Contacto:

Dirección Postal

_____
_____
_____
_____
País, Ciudad, Código Postal

Examen:

Teórico Embalsamadores

☐ **Ciencias Mortuorias**

☐ **Ciencias Médicas**

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____

Para uso de la ORCPS: # Licencia Provisional: _____ **Fecha:** _____

REQUISITOS PARA EXAMEN DE EMBALSAMADORES:

1. Certificado de Nacimiento **original y copia**.
2. Negativa de **Asume -3 meses o menos a la fecha de radicación**.
3. Copia de identificación (vigente)–licencia de conducir, identificacion DTOP o pasaporte.
4. **Certificado de Antecedente Penal** emitido por la Policía de Puerto Rico y cuya fecha de emisión no podrá ser anterior a **30 días de la fecha de la solicitud de examen**.
5. **Certificado de Salud original** expedido por un médico debidamente autorizado a ejercer dicha profesión en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
6. **Diploma** de escuela superior, transcripcion de creditos 4to año ó certificacion de graduacion 4to año, **original y copia.**
7. Diploma de cursos en Ciencias Mortuorias, **original y copia**.
8. **Transcripcion de créditos oficial y certitificacion de grado** aprobados por el aspirante de su curso en Ciencias Mortuorias. Las transcripciones oficiales de créditos de los aspirantes que serán aceptadas por la Junta, serán aquellas que provengan de las instituciones de educación cuyos programas estén debidamente acreditados por el Concejo General de Educación del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. Deberán ser enviadas directamente a la Junta por la Institución a la siguiente dirección:

   JUNTA EXAMINADORA DE EMBALSAMADORES
   P. O. BOX – 10200
   SANTURCE, PUERTO RICO, 00908-0200

9. **Certificacion de Escuela para Embalsamadores**: Firmada por el Director de la institución educativa cuyo programa acredite al aspirante haber completado satisfactoriamente el Curso para Embalsamadores. (**La Solicitud de Examen contiene la misma**)
10. **Certificacion de Registro Demografico**: Firmada por el Director del Registro Demográfico de Puerto Rico o del funcionario en quien éste delegue, acreditativa de que el aspirante completó satisfactoriamente un adiestramiento del Registro Demográfico relacionado con los asuntos inherentes a la práctica de la profesión de embalsamador. (**La Solicitud de Examen contiene la misma**)
11. **$ 75.00** (setenta y cinco) **ATH, VISA, MASTER CARD**, **Giro Postal** pagadero al **SECRETARIO DE HACIENDA** por la cantidad estipulada. Los derechos de pago no serán reembolsados al solicitante
12. **Pago de $ 110.00** a **Didaxis** por concepto de examen, este pago se entrega una vez Didaxis le contacte para incribirse, puede hacerlo con ATH, VISA, MASTER CARD, Giro Postal. El pago no es rembolsable.

NOTA*: La Junta podrá, de estimarlo necesario, para determinar elegibilidad de cada aspirante, solicitar cualquier otra evidencia adicional que estime pertinente y según sea razonable.*