DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Solicitud de Examen y Licencia para Ejercer la Profesión de Tecnología Veterinaria en Puerto Rico

Tecnólogo ☐ **Técnico** ☐

Institución_____ **Recinto** _____

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

AFFIDAVIT

Adhiera Fotografía Reciente Autografiada tamaño Pasaporte aquí

Estado o Territorio _____

Pueblo o ciudad de_____

Yo, _____
Nombre completo del solicitante

Bajo JURAMENTO expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas, soy residente y que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y que fue tomada recientemente.

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE

Jurado y Suscrito ante mí, hoy día_____ de _____de _____en

_____, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT núm._____

_____
Firma del Notario Público

(Sello Notarial)

SUB-JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGÍA VETERINARIA DE PUERTO RICO
Ext. 6561 / Email: gonzalez.juliany@salud.pr.gov
PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Datos del Solicitante

El Solicitante debe contestar todas las preguntas en forma legible, completa y precisa, en tinta o a maquinilla. Se rechazarán o devolverán las solicitudes incompletas al solicitante para que se complete.

Nombre del Solicitante_____
Primer Apellido **Segundo Apellido** **Nombre**

Edad _____ Teléfono _____ E-Mail _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento_____
(Mes) (Día) (Año) **(Ciudad, Estado, País)**

Nombre del Padre _____Madre _____

Dirección Física Actual_____
(Núm., Calle, Urb., Ciudad, Etc.)

Dirección Postal en PR_____

Descripción del Solicitante

Color de pelo: _____ Color de ojos: _____ Estatura: _____ Peso: _____

Rasgos distintos y/o cicatrices: _____

1. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América? **Sí** _____ **No** _____
Si es naturalizado, indique fecha y lugar de naturalización, y detalles del certificado de naturalización.

_____

_____

_____

2. ¿Ha cambiado su nombre / apellido alguna vez? **Sí** _____**No**_____
Si la contestación es **(Si)**, adjunte una copia certificada de la orden del tribunal en donde se cambio el nombre o apellido.

3. ¿Ha utilizado alguna vez otro nombre? **Sí** _____ **No** _____
Si la contestación es **(Si)**, adjunte una hoja aparte y de detalles completos.

4. ¿Ha sido convicto de algún delito? **Sí** _____ **No** _____
Si la contestación es **(Si)**, indique detalles pertinentes completos aquí o en una hoja aparte.

_____

_____

5. ¿Ha sido licenciado para practicar tecnología veterinaria en otro estado o país?

Sí _____ **No** _____

Si la contestación es **(Si)**, adjunte un **Certificado** de "Good Standing" de cada Estado donde es licenciado, en una hoja aparte y de detalles particulares, incluyendo número de licencia, como fue licenciado, fecha y número de años de práctica en cada jurisdicción y el estado actual de cada una.

7. ¿Ha fracasado alguna vez un examen de licenciatura? **Sí** _____ **No**_____

Si la contestación es **(Si)**, indique el estado (s) y la fecha (s) del examen.

_____

_____

8. ¿Ha sido oficialmente reprendido, suspendido o revocado su licencia, o le han negado el derecho a ser examinado y/o rehusado una licencia para practicar tecnología veterinaria?
Sí _____ **No** _____

Si la contestación en **(si)**, adjunte una hoja aparte y de detalles completos, sustanciado por documentos oficiales.

9. ¿Ha leído cuidadosamente y entendido completamente las leyes y reglamentos aplicables a los exámenes de licenciatura para la práctica la Tecnología Veterinaria en en Puerto Rico?
Sí _____ **No** _____

Deseo tomar los exámenes de licenciatura en idioma (indique su preferencia):

Inglés_____ **Español**_____

Educación Tecnología Veterinaria Profesional

Institución	**Periodo**
Primer Año _____	_____
Segundo Año _____	_____
Tercer Año _____	_____
Cuarto Año _____	_____

He completado _____créditos del currículo de tecnología veterinaria profesional en

_____ y recibido el grado de
(Nombre de la Universidad)

_____ de la misma en _____.

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Certificado de Buen Carácter Moral del Solicitante

(Para ser firmado por un Médico Veterinario licenciado y colegiado que conozca al solicitante personalmente)

Esto certifica que he conocido personalmente a_____ por _____años, que considero que es de buen carácter moral, y por este medio lo (a) recomiendo a la Sub-Junta de Examinadora de Tecnología Veterinaria de Puerto Rico como completamente digno (a) de presentarse a examen para una licencia para practicar la Tecnología Veterinaria en Puerto Rico, de acuerdo a la Ley. Además, Certifico que no estoy en ninguna forma emparentado con el (la) solicitante

_____
Nombre en letra de molde

_____
Número de licencia

_____
Firma del deponente

_____
Ocupación

_____
_____
_____
_____
Dirección Postal

_____
_____
_____
_____
Dirección Física

_____
Fecha

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Certificado de Buen Carácter Moral del Solicitante

(Para ser firmado por un Médico Veterinario licenciado y colegiado que conozca al solicitante personalmente)

Esto certifica que he conocido personalmente a_____ por _____años, que considero que es de buen carácter moral, y por este medio lo (a) recomiendo a la Sub-Junta de Examinadora de Tecnología Veterinaria de Puerto Rico como completamente digno (a) de presentarse a examen para una licencia para practicar la Tecnología Veterinaria en Puerto Rico, de acuerdo a la Ley. Además, Certifico que no estoy en ninguna forma emparentado con el (la) solicitante

_____
Nombre en letra de molde

_____
Número de licencia

_____
Firma del deponente

_____
Ocupación

_____

_____

_____

_____
Dirección Postal

_____

_____

_____

_____
Dirección Física

_____
Fecha

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

SUB-JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGÍA VETERINARIA DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde y legible.

Información Personal:

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

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

Ciudadanía: _____

_____ _____ _____
Teléfono Hogar **Teléfono Celular** **Teléfono Alterno**

_____
e-mail Ejemplo: user@mail.com

Información de Contacto
Dirección Postal

_____
_____
_____
_____
Ciudad, País, Código Postal

Examen: CONVOCATORIA
☐ VERANO 20____
☐ INVIERNO 20____

☐ TECNÓLOGO
☐ TÉCNICO

☐ TEÓRICO
☐ PRÁCTICO

Número de Intento: _____ **Mes y Año de Graduación:** _____ _____
Institución de Procedencia: _____ **Recinto:** _____

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Acción tomada por la

Sub-Junta Examinadora de Tecnología Veterinaria de Puerto Rico

Esta solicitud ha sido:

Aprobada: _____ Denegada: _____

Fecha: _____

Observación:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____
Presidente

_____
Miembro

_____
Miembro

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

787 – 999 – 8989 www.salud.pr.gov

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

REQUISITOS

_____**1.<u>SOLICITUD</u>** debidamente cumplimentada en todas sus partes.

_____**2.<u>ORIGINAL Y COPIA</u>** del <u>Diploma de Técnico</u> o <u>Tecnólogo Veterinario</u>.

_____**3. <u>ORIGINAL Y OFICIAL</u>** de Trascripción de crédito de tecnología veterinaria del aspirante.

<u>Debe ser enviado de la Institución directamente a:</u>

SUB-JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGÍA VETERINARIA DE PUERTO RICO
PO BOX 10200 SAN JUAN, PUERTO RICO, 00908-0200

_____**4.** Dos **(2)** fotos, tipo pasaporte tomadas dentro de los tres **(3)** meses procedentes a la fecha de solicitud.

_____**5. <u>CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES</u>** expedido por la Policía de Puerto Rico dentro de los treinta **(30)** días precedentes a la fecha de radicación.

_____**6. <u>ORIGINAL Y COPIA</u>** del Certificado de Nacimiento (Si usted nació en Puerto Rico, debe presentar un certificado de nacimiento que haya sido impreso luego de julio 2010).

_____**7. <u>ORIGINAL Y COPIA</u>** de licencia de conducir vigente o pasaporte vigente.

_____**8.** Cada solicitante presentará en su solicitud dos **(2)** declaraciones juradas por Veterinarios licenciados en Puerto Rico sobre el buen carácter moral del aspirante.

_____**9. <u>GIRO POSTAL O CHEQUE CERTIFICADO (ATH, VISA O MASTERCARD)</u>** por la cantidad de **$100.00** dólares a nombre del **Secretario de Hacienda de Puerto Rico** por derecho a examen. **<u>(NO REEMBOLSABLES)</u>**

_____**10. 2 Sobres pre dirigidos con sello postal**. (Sobres blancos regulares con su nombre y dirección en la parte del destinatario y deje en blanco la parte del remitente)

Nota: **<u>Esta solicitud no podrá ser procesada hasta tanto el candidato haya sometido TODA la evidencia que la misma requiere.</u>**

LOCALIZACION: SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PUBLICA
DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

CALLE PONCE DE LEÓN #1590 EN LA CARR. #1 DE CAGUAS A RÍO PIEDRAS
FRENTE AL ANTIGUO EDIFICIO DE LA ELECTRÓNICA

SUB-JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGÍA VETERINARIA DE PUERTO RICO
Ext. 6561 / Email: gonzalez.juliany@salud.pr.gov

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

787 – 999 – 8989 www.salud.pr.gov