DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE LICENCIA PROVISIONAL

SUB-JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGÍA VETERINARIA DE PUERTO RICO

Según lo dispuesto en el Artículo 12 de la Ley Número 187 del 28 de diciembre de 2001

Aprobada____ Denegada_____ Fecha_____

Firma Autorizada: _____

Tecnólogo Veterinario_____ **Técnico Veterinario_____**

(FAVOR DE CUMPLIMENTAR EN LETRA DE MOLDE)

Nombre del solicitante: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Nacionalidad / Ciudadanía: _____

Dirección Residencial: _____
Calle, Número, Pueblo, Cuidad, Zip Code

_____

Dirección Postal: _____

Nombre y dirección de Universidad donde estudió y se graduó:

_____

Información del Médico Veterinario Licenciado y Colegiado que será supervisor inmediato del solicitante

Nombre del Médico Veterinario: _____

Licencia Núm.: _____ Número de Colegiación: _____

Nombre de la Agencia donde trabajará: _____

Dirección y Teléfono de la Agencia: _____

_____

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

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

HORARIO OFICIAL DE FUNCIONES

Días	AM.	PM.	Total Horas
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			
Domingo			

Entiendo que ejerceré la medicina veterinaria bajo la supervisión inmediata del médico veterinario licenciado y colegiado _____ como preceptor, bajo las condiciones de la Ley Número 187, del 28 de diciembre de 2001 y el reglamento, y que la licencia provisional expirara al concluir la primera sesión de exámenes de reválida que se celebra en fecha subsiguiente a la fecha de expedición de tal licencia.

_____ **Firma del solicitante**

_____ **Fecha**

Para ser cumplimentado por el médico veterinario preceptor:

He leído la solicitud de _____para una licencia provisional.

_____
Firma Médico Veterinario

_____
Número de Licencia Médico Veterinario

Aviso:
Para la solicitud de Licencia Provisional deberá radicar un giro postal, cheque certificado a nombre del **Secretario de Hacienda** o ATH por la cantidad de cincuenta dólares **($50.00)** **(NO REEMBOLSABLES)**.

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