

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Junta Examinadora de Técnicos de Cuidado Respiratorio

Solicitud de renovación de licencia provisional

(ravor de henar este formulario en letra de moide)	
Número de licencia que solicita: 2 ^{da} 3 ^{ra}	
Nombre: Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial	_
Dirección Postal:	
Número de celular: Número de teléfono alterno:	_
Correo Electrónico:	
Fecha en que tomó el último examen:	_
Lugar de trabajo:	
Supervisor inmediato: Tel:	
Fecha de radicación Firma del solicitante	_

Esta solicitud deberá de estar acompañada de los siguientes documentos y/o requisitos:

- 1- Pago correspondiente por la cantidad de veinticinco (\$25.00) dólares pagaderos al Secretario de Hacienda. Métodos de pago: giro postal o bancario, ATH, VISA o MASTERCARD. Pago no reembolsable.
- 2- **Original y copia** identificación con foto vigente. (licencia de conducir o pasaporte EE. UU.)
- 3- Un (1) sobre pre-dirigido con sello postal.

Nota: Esta solicitud puede ser entregada en la oficina de la Junta o enviarla por correo postal a la dirección que aparece en este documento. No se recibirá solicitud incompleta.