JUNTA EXAMINADORA DE NUTRICIONISTAS Y DIETISTAS DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE EXAMEN Y LICENCIA PERMANENTE DE NUTRICIONISTAS Y DIETISTAS

♦♦

Esta solicitud puede ser cumplimentada por aquellas personas que reúnen los requisitos establecidos en la Ley Núm. 82 del 31 de mayo de 1972, según enmendada, que se detallan en última página de esta solicitud.

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

♦♦

AFFIDAVIT

ADHERIR UNA FOTOGRAFIA RECIENTE

Estado o Territorio ________________________________

Pueblo o ciudad de ________________________________

Yo, ____
bajo juramento declaro que soy la persona a quien se refiere esta solicitud, que las declaraciones expuestas que ésta contiene son verídicas; y que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y fue tomada recientemente.

____
FIRMA DEL SOLICITANTE

Jurado y suscrito ANTE MI, Hoy día _________ ***de*** _________________ ***de***

________***, en*** _______________________________***, bajo mi firma y sello.***

AFFIDAVIT NUM. ______________

____
FIRMA DEL NOTARIO

EL SOLICITANTE DEBERA LLENAR LOS SIGIENTES ENCASILLADOS

NOMBRE COMPLETO _____

FECHA Y LUGAR
DE NACIMIENTO _____

SEGURO SOCIAL _____-_____-_____ TEL. _____-_____-_____

DIRECCION POSTAL _____

CORREO ELECTRONICO_____

¿ES USTED CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS? SI _____ NO _____

En caso negativo explique, _____

_____

¿HA SIDO CONVICTO DE DELITO GRAVE? SI _____ NO _____
En caso afirmativo explique en papel aparte y adjúntelo a la solicitud.

¿PADECE USTED DE ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL, ADICCION A DROGAS, ALCOHOLISMO? SI _____ NO _____
En caso afirmativo someta una certificación médica, explicando la condición de salud actual.

CERTIFICACION DE SOLVENCIA MORAL

(PARA SER FIRMADOS POR DOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE PUEDAN DAR FE DE SUS CUALIDADES PROFESIONALES)

Los abajo firmantes CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Nutricionistas y Dietistas de Puerto Rico que conocemos personalmente al solicitante desde hace por lo menos un año y que nos consta, de propio conocimiento, que es persona responsable, respetable y de buena conducta moral, por lo cual le consideramos apto (a) para ejercer su profesión en Puerto Rico.

_____	_____
NOMBRE	***NOMBRE***
_____	_____
DIRECCION	***DIRECCION***

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS SUB-GRADUADOS

Nombre de la Institución _____

Dirección _____

Grado Obtenido _____ ***Fecha de Obtención*** _____

INTERNADO EN DIETETICA

Nombre de la Institución _____

Dirección _____

ESTUDIOS POSTGRADUADOS

Nombre de la Institución _____

Dirección _____

Grado Obtenido _____ **Fecha de Obtención** _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA

ACEPTADA PARA:	**DENEGADA PARA:**	**APROBADA PARA:**
( ) EXAMEN	**( ) EXAMEN**	**( ) LICENCIA *PERMANENTE***
( ) LICENCIA PROVISIONAL	***( ) LICENCIA PROVISIONAL***	

RAZON: _____

_____	_____	_____
PRESIDENTE	***PRESIDENTE***	***PRESIDENTE***
_____	_____	_____
MIEMBRO	***MIEMBRO***	***MIEMBRO***
_____	_____	_____
MIEMBRO	***MIEMBRO***	***MIEMBRO***
_____	_____	_____
MIEMBRO	***MIEMBRO***	***MIEMBRO***
_____	_____	_____
MIEMBRO	***MIEMBRO***	***MIEMBRO***

JUNTA EXAMINADORA DE NUTRICIONISTAS Y DIETISTAS DE PUERTO RICO

USE LETRA DE MOLDE O MAQUINILLA

SOLICITUD DE LICENCIA PROVISIONAL PARA NUTRICIONISTAS Y DIETISTAS

PRIMERA LIC. ***( )***
SEGUNDA LIC. ***( )***

NOMBRE: _____

DIRECCION POSTAL: _____

DIRECCION RESIDENCIAL: _____

FECHA DE VIGENCIA DE PRIMERA LICENCIA _____

LUGAR DE TRABAJO _____

FECHA DE COMIENZO _____

- ***FAVOR DE ACOMPAÑAR UN GIRO O CHEQUE CERTIFICADO POR EL BANCO, A NOMBRE DEL SECRETARIO DE HACIENDA POR LA CANTIDAD DE VEINTICINCO DOLARES ($25.00) PARA DERECHO A LICENCIA PROVISIONAL.***
- ***NUMERO DE GIRO*** _____
- ***ENTIDAD QUE LO ESPIDE*** _____
- ***DEBE DE REMITIR ESTA SOLICITUD A:***

JUNTA EXAMINADORA DE NUTRICIONISTAS Y DIETISTAS DE PR.
P.O. BOX 10200
SAN JUAN, PR. 00908

INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE

JUNTO CON ESTA SOLICITUD DEBIDAMENTE COMPLETADA, EL SOLICITANTE DEBERA INCLUIR LOS SIGUIENTES REQUISITOS PARA EXAMEN:

1. ***Expediente académico oficial- Los solicitantes deberán solicitar de la Universidad o Colegio correspondiente, una copia oficial de la transcripción de crédito y enviarla directamente a la Junta Examinadora de Nutricionistas y Dietistas, P.O. Box 10200, Santurce, Puerto Rico 00908-0200.***

2. ***Original y copia del Certificado de Nacimiento.***

3. ***Original de Certificado Negativo de Antecedentes Penales. No más de treinta días (30) de la fecha en que va a radicar la solicitud.***

4. ***Original y copia de tarjeta de seguro social.***

5. ***Certificación del Internado en Nutrición y Dietética de un hospital o institución acreditada (VERIFICATION STATEMENT). (Esto aplica a los candidatos que se hayan graduado después del 1 de julio de 1976).***

6. ***Una fotografía tamaño 2 x 2 tomada en los últimos (6) meses, firmada al dorso.***

7. ***Giro o cheque certificado por el banco de $ 110.00 a nombre del secretario de Hacienda por derecho a tomar el examen y a obtener una licencia permanente. (pago no es Reembolsable)***

8. ***Si va a trabajar antes de recibir los resultados de la reválida, requiere una licencia provisional, para la cual envíe un giro o cheque certificado por el banco de $ 25.00 a nombre del secretario de Hacienda. (pago no es reembolsable)***

JUNTA EXAMINADORA DE NUTRICIONISTAS Y DIETISTAS DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE RE-EXAMEN PARA NUTRICIONISTAS Y DIETISTAS

FAVOR DE USAR LETRA DE MOLDE O DE MAQUINILLA

NOMBRE: _____
APELLIDOS NOMBRE INICIAL

DIRECCION POSTAL: _____

_____

DIRECCION RESIDENCIAL: _____

_____

TELEFONO: _____

FECHA QUE TOMO EL ÚLTIMO EXAMEN _____

INDIQUE SI DESEA TOMAR EXAMEN EN: ESPAÑOL ( ) INGLES ( )

****Favor de acompañar un giro o cheque certificado por el banco a nombre del secretario de Hacienda por la cantidad de treinta y cinco dólares ($35.00) para derecho a Examen de Reválida. (pago no es reembolsable)***

*** *Número de Giro:* _____

*** *Entidad que lo Expide:* _____

*** *Debe remitir esta solicitud a:* _____

JUNTA EXAMINADORA DE NUTRICIONISTAS Y DIETISTAS DE PUERTO RICO

DOCUMENTACION SOMETIDA:

____ *1. Solicitud de Examen y Licencia Permanente debidamente Cumplimentada y Juramentada.*

____ *2. Original del Certificado Negativo de Antecedentes Penales. (No más de TREINTA DIAS (30) expedidos)*

____ *3. Identificación con Foto Original y copia*

____ *4. Original y copia de la Tarjeta de Seguro Social.*

____ *5. Original y copia del Certificado de Nacimiento.*

____ *6. Original de la Certificación de Internado (Verification Statement) o Transcripción de Crédito del grado de Maestría.*

____ *7. Expediente Académico Oficial.*

____ *8. Giro Postal o Cheque certificado por el Banco: (pago no es Reembolsable)*

____ *$110.00 POR DERECHO DE EXAMEN Y LICENCIA PERMANENTE*

_____ *$25.00 POR DERECHO DE LICENCIA PROVISIONAL*

NOMBRE: _____

FECHA DE RADICACION: _____

RECIBIDO POR: _____

FECHA DE EXAMEN DE REVALIDA: _____