



**SOLICITUD DE EXAMEN Y LICENCIA PARA EJERCER LA
PROFESION DE TECNOLOGO DENTAL**

Fecha de entrega:

___/___/___

DECLARACION JURADA

COMPARECE _____

Nombre completo del solicitante (En letra de molde)

Seguro Social XXX-XX- e identificado mediante

Clase de identificación

Número

ADHIERA
FOTOGRAFIA
AUTOGRAFIADA
RECIENTE
TAMAÑO
PASAPORTE

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 muestra su parecido y fue tomada recientemente.

Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la **JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGOS DENTALES DE PUERTO RICO** pueda denegar la misma, o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autoriza a cualquier persona, corporación, institución, agencia o entidad pública o privada, para que ofrezca a la **JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGOS DENTALES DE PUERTO RICO** cualquier información que requiera sobre su persona y/o para ampliar, aclarar o corroborar la información ofrecida en esta o con esta solicitud.

Firma del solicitante

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy _____ de _____ de _____,
en _____.

AFIDAVIT NUM: _____

Firma del Notario

Sello Asistencia Legal

Sello del
Notario

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

DIRECCION PERMANENTE: _____
Núm. y Calle Barrio o Urbanización Pueblo Zip Code

DIRECCION POSTAL: _____

TELEFONOS: RES. _____ **CELULAR:** _____ **EMAIL:** _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____ **LUGAR:** _____ / _____
Día Mes Año Ciudad Estado o País

¿ES USTED CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS? _____ **De contestar en la negativa, indique si es usted:**
_____ **NATURALIZADO** _____ **o** _____ **RESIDENTE** _____
Número de certificado Número de tarjeta

¿HA SIDO CAMBIADO SU NOMBRE O SU APELLIDO? _____ **De contestar en la afirmativa, indique:**
_____ / _____ _____ _____
Fecha y lugar del cambio Razón del cambio Nombre y/o apellido original

¿HA SIDO USTED CONVICTO DE ALGUN DELITO? _____ **De contestar en la afirmativa, indique:**
_____ _____ / _____ _____
Naturaleza del delito Lugar y fecha Status

(Utilice pliego o documento aparte para información adicional, de ser necesario)

¿HA PADECIDO O PADECE USTED DE ALGUNA ENFERMEDAD O CONDICION CONTAGIOSA? _____
Si contesta en la afirmativa, someta certificado médico que explique la enfermedad y las condiciones de la misma a la fecha de esta solicitud.

CERTIFICADO MEDICO

YO, _____, médico autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la
Nombre del Médico

licencia número _____, expedida por el Tribunal Examinador de Médicos, CERTIFICO que he examinado a
_____ encontrándole en buen estado general de salud y libre de
Nombre del Solicitante
enfermedad o condición contagiosa.

_____ _____
Fecha Firma del Médico

Por la Ley ADA tiene el beneficio de solicitar acomodo en caso de impedimentos.

Intereso _____ **No Intereso** _____

En caso afirmativo, favor de proveer evidencia sobre su condición, por separado.

CERTIFICACION DE BUENA CONDUCTA
(Para ser firmado por dos Profesionales de la Salud)

Los abajo firmantes **CERTIFICAMOS** a la **JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGOS DENTALES DE PUERTO RICO** que conocemos personalmente a _____ y que nos consta de propio conocimiento que es una persona respetable, responsable, seria y de buena conducta moral, por lo cual le consideramos apto para ejercer la profesión de Tecnólogo Dental.

Nombre completo en letra de molde

Nombre completo en letra de molde

Dirección

Dirección

Firma

Firma

Profesión y Núm. De Licencia

Profesión y Núm. De Licencia

PREPARACION ACADEMICA EN TECNOLOGIA DENTAL

GRADO OBTENIDO

FECHA DE GRADUACION

INSTITUCION

ESTA SOLICITUD HA SIDO:

ACCION TOMADA POR LA JUNTA

APROBADA

DENEGADA

Presidente

Miembro

Miembro

Miembro

Miembro

Fecha _____

OBSERVACIONES: _____

"Cualquier declaración falsa hecha en esta o con esta solicitud será causa suficiente para denegar la misma o para cancelar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que ha declarado falsamente."

REQUISITOS QUE DEBE ACOMPAÑAR CON ESTA SOLICITUD

1. **SOLICITUD** complimentada en todas sus partes, juramentada ante notario público y con su fotografía adherida en el espacio provisto.
2. **ORIGINAL Y COPIA** de Certificado de nacimiento (Nuevo/Azul). (Solicitantes extranjeros deben proveer su número de Tarjeta de Residente o del Certificado de Naturalización y presentar el documento para verificación)
3. **ORIGINAL** Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico dentro de los 30 días (1 mes) anteriores a la fecha en que presenta su solicitud.
4. **DOS SOBRES pre-dirigidos** con sello postal.
5. **ORIGINAL** de Transcripción oficial de créditos y Certificado de Grado Conferido de la Institución donde realizó sus estudios en Tecnología Dental. Ambas deben ser enviadas por la institución directamente a la oficina de la Junta a la siguiente dirección:

JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGOS DENTALES DE PUERTO RICO
PO Box 10200
San Juan, PR 00908-0200

6. **GIRO POSTAL O BANCARIO (ATH, VISA O MASTERCARD)** a favor del Secretario de Hacienda por la cantidad de **\$100.00** dólares (**No reembolsables**) esto es por derecho a:
 - **EXAMEN: \$25.00 dólares**
 - **DERECHO A LICENCIA: \$75.00 dólares**
-

JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGOS DENTALES DE PUERTO RICO
P.O. Box 10200
San Juan, PR 00908-0200
Tel. (787) 765-2929 Ext. 6643
Email: paula.perez@salud.pr.gov

OFICINA DE REGLAMENTACION Y CERTIFICACION DE PROFESIONALES DE SALUD
Edificio GM GROUP (Tercer Piso)
Ave. Ponce de León #1590 en la Carr. #1 de Caguas a Río Piedras
frente al Antiguo Edificio de La Electrónica