DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud
Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear

Solicitud de Licencia Permanente de Tecnólogos en Medicina Nuclear

Examen de Reválida_____ Convalidación del NMTCB_____

Nombre_____ Fecha de Radicación_____

Cualquier información falsa en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para cancelar la licencia, después de expedida. Por la presente solicito licencia para ejercer la profesión de Tecnólogo en Medicina Nuclear y bajo juramento someto las siguientes declaraciones.

AFFIDAVIT

AQUI FOTOGRAFIA RECIENTE TIPO PASAPORTE

Estado o Territorio_____

Pueblo o Cuidad _____

Yo, debidamente juramento y expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud de licencia, que resido en Puerto Rico, que todas las declaraciones que ésta contiene son verídicas, que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y fue tomada recientemente.

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE

Suscrito y jurado ante mi hoy día_____ de _____ de_____ en

_____ bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT NUM._____

_____
FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO

Sello Notarial

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

EL SOLICITANTE DEBERA LLENAR LOS SIGUIENTES ENCASILLADOS

(Llénese en letra de molde y tinta azul)

Nombre: _____

Fecha Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____-_____-_____ Teléfonos_____

CORREO ELECTRONICO: _____

Dirección Postal: _____

_____

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? **Si**_____ **No**_____. En caso negativo explique:

_____

_____

Lugar dónde se encuentra trabajando _____

Dirección y Número de Teléfono _____

_____

¿Ha sido convicto de delito grave o menos grave? **Si**_____ **No** _____. En caso afirmativo explique en papel aparte y adjúntelo a la solicitud.

¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad o condición? **Si**_____ **No**____. Sí contesta afirmativo, someta Certificado Médico que explique la enfermedad y la condición de la misma a la fecha de esta solicitud

Necesita acomodo razonable: **Si**_____ **No**_____. De contestar sí, favor presentar e videncia médica que explique la razón para dicho acomodo.

_____

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

PREPARACIÓN ACADÉMICA

Nombre de la Universidad donde obtuvo el grado de Bachillerato en Ciencias Tecnología Medicina Nuclear_____

Dirección de la Universidad donde obtuvo el grado de Bachillerato en Ciencias Tecnología Medicina Nuclear_____

INFORMACION DE CONVALIDACION

Indique si posee la certificación profesional ofrecida por el "Nuclear Medicine Technologist Certification Board"

Certificación (CNMT)_____

Fecha de expedición: _____

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA MORAL

(Para ser firmado por dos profesionales de la salud)

Los abajo firmantes, CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico, que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona responsable, serio (a) y de buena conducta moral, por lo cual la consideramos apto (a) para ejercer la profesión de Tecnólogo en Medicina Nuclear.

_____	_____
Nombre completo	**Nombre completo**
_____	_____
Dirección	**Dirección**
_____	_____
Profesión y número de licencia	**Profesión y número de licencia**
_____	_____
Firma	**Firma**

_____

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

REQUISITOS

_____1. Solicitud debidamente cumplimentada en todas sus partes.

_____2. **ORIGINAL** Certificado de Antecedentes Penales de Puerto Rico (No más de seis meses de expedido).

_____3. **ORIGINAL Y COPIA** Certificado de Nacimiento.

_____4. **IDENTIFICACIÓN** con foto vigente.

_____5. **ORIGINAL** Certificado de Salud

_____6. **ORIGINAL Y COPIA** del Diploma de Bachillerato en Ciencias Tecnología **Medicina Nuclear o su equivalente (Certificación de Graduación)**

_____7. **Transcripción Oficial de Crédito y Certificación de Grado,** expedida por la Universidad o escuela donde cursó sus estudios. Deben ser enviadas por la Institución a la Junta a la siguiente dirección:

División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud
Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico
P.O. Box 10200
San Juan, PR 00908-0200

_____8. Un (1) Sobre pre-dirigido con sello postal.

_____9. **GIRO POSTAL O BANCARIO** a nombre del Secretario de Hacienda que se desglosan como siguen: Puede pagar también con ATH que no tenga logotipo de Visa ni Mastercard.

- ✓ **$30.00 dólares (No reembolsables) – Examen**
- ✓ **$40.00 dólares (No reembolsables) – Convalidación de Examen (NMTCB)**
- ✓

_____10. **ORIGINAL Y COPIA** del certificado del **NMTCB.** (si aplica)

NOTA: No se recibirán solicitudes incompletas.

JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGOS EN MEDICINA NUCLEAR
PO BOX 10200, SAN JUAN, PR 00908-0200
Carmen Trinidad
ctrinidad@salud.pr.gov
787-999-8989 X 3462