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 para Licencia Provisional

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_____

INFORMACIÓN DEL LUGAR DONDE VA A TRABAJAR

Fecha de comienzo_____

Teléfono de la Agencia donde Trabajará_____ Número de Fax_____

Nombre del Supervisor (a) inmediato_____
Letra de Molde

Número de Licencia del Supervisor (a) _____

Título del puesto del Supervisor (a) _____

Dirección Postal del Lugar donde Trabajará_____

_____

Dirección Física del Lugar donde Trabajará_____

_____

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

HORARIO OFICIAL DE FUNCIONES

Días	A. M.	P. M.	Total Horas
lunes			
martes			
miércoles			
jueves			
viernes			
sábado			
domingo			

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

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. **ORIGINAL** Certificado de Salud

_____5. **ORIGINAL Y COPIA** del Diploma de Bachillerato en Ciencias Tecnología **Medicina Nuclear o su equivalente (Certificación de Graduación)**

_____6. **Transcripción Oficial de Crédito, expedida por la Universidad o escuela donde curso sus estudios. Deben ser enviada por la Institución a la Junta a la siguiente dirección:**

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud
Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico
P.O. Box 10200
San Juan, PR 00908-0200

_____7. **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) – Licencia Provisional**

NOTA: *Esta solicitud no podrá ser procesada hasta tanto el candidato haya sometido*

TODA *la evidencia que la misma requiere.*

Contacto:
Carmen Trinidad
ctrinidad@salud.pr.gov
787-999-8989 X 3462