



Junta Examinadora de Consejeros Profesionales

REQUISITOS DE SOLICITUD DE EXAMEN PARA LICENCIA PROVISIONAL

1. Formulario de solicitud de examen para Licencia Provisional debidamente completada y juramentada ante un notario público. **(páginas 2 al 4)**
2. Presentar prueba satisfactoria de buena conducta moral de dos (2) Profesionales de la Salud, de los cuales uno (1) deber ser Consejero Profesional debidamente licenciado. **Este documento no puede ser cumplimentado por Médicos y/o Trabajadores Sociales.**
3. **Transcripción de créditos oficial y certificación de grado oficial** deben ser expedidas por la Universidad, Colegio o Centro de Estudios donde obtuvo su grado de Maestría o Doctorado. **Ambos documentos deberán ser enviados por la institución educativa directamente a la Junta Examinadora a la siguiente dirección postal:**

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
P.O. Box 10200
San Juan, P.R. 00908-0200

4. Resultados del “National Board for Certified Counselors” para los profesionales que solicitan la convalidación. **Los resultados oficiales deben ser enviados directamente desde la agencia a nuestras oficinas mediante correo postal.**
5. Certificado de Nacimiento **original y copia**. Solicitantes extranjeros deberán presentar certificación **original junto con una copia** de su estatus ante el Servicio de Inmigración y Naturalización de Estados Unidos.
6. Identificación con foto vigente **original y copia**. (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte)
7. Certificado de Antecedentes Penales **original** expedido por la Policía de Puerto Rico o lugar de residencia. **(No mayor de seis (6) meses)**
8. Dos (2) sobres pre-dirigidos con sello para solicitud mediante examen. Un (1) sobre pre-dirigido con sello para convalidación de resultados.
9. Pago correspondiente por la cantidad de treinta dólares **(\$30.00)**.
Pago no reembolsable. Los métodos de pagos son los siguientes:
 - ATH, VISA, MASTERCARD
 - Giro postal o bancario pagaderos al Secretario de Hacienda

No se aceptarán solicitudes incompletas.

**SOLICITUD DE EXAMEN PARA LICENCIA PROVISIONAL
DE CONSEJEROS PROFESIONALES**

_____ MEDIANTE EXAMEN

_____ MEDIANTE CONVALIDACIÓN DE RESULTADOS

Nombre del solicitante: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Inicial

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Teléfonos: _____

Celular

Alternos

Correo electrónico: _____

DECLARACIÓN JURADA

Adhiera una
fotografía reciente
tamaño pasaporte

Comparece _____, mayor de edad, _____ y vecino de _____, nombre completo _____, estado civil _____, debidamente juramentando expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta es de mi persona tomada recientemente.

Acepto y entiendo que ofrecer declaración falsa en esta o con esta Solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autorizo a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales información que requiere sobre mi persona, ampliar o corroborar información ofrecida con esta solicitud.

Acepto cumplir fielmente con el Código de Ética de la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Afidávit núm.: _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, a quien DOY FE de conocer personalmente o haber identificado conforme dispone la ley, _____ hoy día _____ de _____
(número de identificación provista)
del año _____ en _____, Puerto Rico.

(Sello Notario)

Firma del Notario



DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1. Nombre completo: _____

2. Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

3. Seguro social completo: _____

4. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?: Si _____ No _____
(Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su estatus actual)

5. ¿Ha sido convicto de algún delito grave?: Si _____ No _____
(Si contesta en la afirmativa, explique) _____

6. De acuerdo con Ley ADA tiene el derecho de solicitar acomodo razonable en caso de discapacidad. ¿Necesita Acomodo Razonable?: Si _____ No _____
(Si contesta en la afirmativa, deberá presentar certificado médico original con el tipo de acomodo que solicita)

¿Qué tipo de acomodo solicita?: _____

PREPARACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL

Nombre de la Institución: _____ Recinto: _____

Dirección física: _____

Grado obtenido: _____ Fecha obtención: _____



CERTIFICACIÓN DE BUENA CONDUCTA MORAL

(Para ser completado y firmado por dos Profesionales de la Salud, de los cuales uno deberá ser
Consejero Profesional debidamente licenciado)
Este documento no puede ser cumplimentado por Médicos y/o Trabajadores Sociales.

Nombre del solicitante: _____

Los abajo firmantes *CERTIFICAMOS* a la *JUNTA EXAMINADORA DE CONSEJEROS PROFESIONALES DE PUERTO RICO* que conocemos personalmente al(la) solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona respetable y de buen carácter moral, que goza de buena reputación en su comunidad, por lo cual le(la) consideramos apto(a) para ejercer la profesión de Consejeros Profesionales.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

PROFESIÓN Y NÚMERO DE LICENCIA PROFESIONAL

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

NÚMERO DE AÑOS QUE CONOCE AL ASPIRANTE

FIRMA

FECHA

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

PROFESIÓN Y NÚMERO DE LICENCIA PROFESIONAL

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO

NÚMERO DE AÑOS QUE CONOCE AL ASPIRANTE

FIRMA

FECHA