Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

Junta de Farmacia de Puerto Rico

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde y tinta azul

Información Personal

_____	_____	_____	_____
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Inicial

_____	_____	F ☐	M ☐
Seguro Social *Últimos 4 dígitos	Fecha de Nacimiento día/mes/2020		

Ciudadanía: _____

_____	_____	_____
Teléfono Celular	Teléfono Hogar	Teléfono Trabajo

_____
e-mail Ejemplo: user@yahoo.com

Información de Contacto
Dirección Postal

_____

_____

_____

_____
País, Ciudad, Código Postal

Examen:

☐ INTEGRADO TÉCNICO DE FARMACIA

Número de Intento: _____
Institución de Procedencia: _____ Recinto: _____
Fecha de Graduación: _____

Para uso de la ORCPS:
Certificado Permanente: _____
Fecha: _____ Visto Bueno: _____

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Solicitud de Examen de Técnico de Farmacia

Número de Certificado Interno Técnico de Farmacia: _____

Fecha de expedición: _____

Colegio donde Estudia _____ **Año de Graduación**_____

ADHIERA FOTOGRAFIA RECIENTE, AUTOGRAFIADA TAMAÑO PASAPORTE 2 x 2

DECLARACION JURADA (AFFIDAVIT)

Estado o Territorio _____ Pueblo o ciudad de _____ yo,

_____
NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE

Bajo JURAMENTO expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas, que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y que fue tomada recientemente.

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ, hoy _____ de _____ de

_____ en _____, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT NUM.:_____ SELLO DEL NOTARIO _____
FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO

maria.fuentes@salud.pr.gov
787-765-2929 Extensiones 6608, 6645

EL SOLICITANTE DEBERA LLENAR LOS SIGUIENTES ENCASILLADOS

(Llénese a maquinilla o letra de molde con tinta azul)

NOMBRE: _____

DIRECCION POSTAL: _____

_____

ULTIMOS CUATRO NUM. SEGURO SOCIAL #:_____

TEL._____ CEL. _____

EMAIL:_____

FECHA DE NAC.:____/____/____ LUGAR DE NAC.:_____
Día Mes Año

NUMERO DEL CERTIFICADO DE INTERNO DE TECNICO DE FARMACIA: _____

FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO: _____

Certificado de Solvencia Moral

(Para ser firmado por ciudadanos que conozcan al solicitante personalmente)

CERTIFICAMOS QUE CONOCEMOS PERSONALMENTE A: _____

_____ desde hace _____ años y lo

consideramos persona que goza de buena reputación moral en la comunidad.

_____	_____
NOMBRE	NOMBRE
_____	_____
_____	_____
_____	_____
DIRECCION	DIRECCION
_____	_____
TELEFONO	TELEFONO

maria.fuentes@salud.pr.gov
787-765-2929 Extensiones 6608, 6645

CERTIFICACION DE APRENDIZAJE POR UN FARMACEUTICO AUTORIZADO

(Para ser completado por el Preceptor)

Por la presente Certifico a la Honorable Junta de Farmacia de Puerto Rico que _____, trabajó como INTERNO DE
NOMBRE DEL ASPIRANTE
TECNICO DE FARMACIA bajo mi supervisión directa durante el período comprendido desde _____ hasta _____, para un total de _____ meses y _____ horas de práctica.

_____ _____ _____
FIRMA DEL PRECEPTOR NUM. LICENCIA NUM. REGISTRO Y FECHA DE EXPIRACION

Suscrito y jurado ante mí hoy _____ de _____ de _____ en _____, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT NUMERO:_____ _____
FIRMA DEL NOTARIO PUBLICO

CERTIFICACION DE APRENDIZAJE POR UN FARMACEUTICO AUTORIZADO

(Para ser completado en caso de Cambio de Preceptor)

Por la presente Certifico a la Honorable Junta de Farmacia de Puerto Rico que _____, trabajó como INTERNO DE
NOMBRE DEL ASPIRANTE
TECNICO DE FARMACIA bajo mi supervisión directa durante el período comprendido desde _____ hasta _____, para un total de _____ meses y _____ horas de práctica.

_____ _____ _____
FIRMA DEL FARMACEUTICO NUM. LICENCIA NUM. REGISTRO Y FECHA DE EXPIRACION

Suscrito y jurado ante mí hoy _____ de _____ de _____ en _____, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT NUMERO:_____ _____
FIRMA DEL NOTARIO PUBLICO

maria.fuentes@salud.pr.gov
787-765-2929 Extensiones 6608, 6645

Certificado Médico

Yo, _____, médico
NOMBRE DEL MEDICO

autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la licencia número _____, expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico o el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico.

Certifico que he examinado a _____
NOMBRE DEL SOLICITANTE

Encontrándole en buen estado general de salud.

_____ _____
FECHA FIRMA DEL MEDICO AUTORIZADO

maria.fuentes@salud.pr.gov
787-765-2929 Extensiones 6608, 6645

INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE

(REQUISITOS para acompañar con la solicitud)

CURSO ACADEMICO:

1. Solicitud de Examen de Técnico de Farmacia debidamente cumplimentado en todas sus partes.

2. Certificado Médico (Adjunto a solicitud cumplimentado por un Médico licenciado en Good Standing de solicitar acomodo razonable, favor de traer evidencia médica y/o carta de rehabilitación vocacional.

3. ORIGINAL Y FOTOCOPIA del Diploma de Escuela Superior.

4. ORIGINAL Transcripción de Crédito de Escuela Superior.

5. ORIGINAL Y FOTOCOPIA del Diploma o Certificación del curso de Técnico de Farmacia.

6. ORIGINAL de Transcripción de Crédito del curso de Técnico de Farmacia, ésta deberá ser enviada por la Universidad o Colegio directamente a la Junta.

7. ORIGINAL del Horario de Práctica debidamente desglosado y firmado por su preceptor.

8. ORIGINAL del Certificado de Interno de Técnico de Farmacia.

9. Certificado de Antecedentes Penales con hoja de validación (No más de 30 días de expedido).

10. Certificación negativa de ASUME reciente.

11. ORIGINAL Y FOTOCOPIA reciente del Certificado de Nacimiento.

12. ORIGINAL Y FOTOCOPIA de la Tarjeta del Seguro Social.

13. Puede realizar su pago con GIRO POSTAL O BANCARIO a favor del *Secretario de Hacienda* por la cantidad de **$150.00** en nuestras oficinas. También pueden realizar el pago mediante ATH, VISA o MASTERCARD. **PAGO NO REEMBOLSABLE**

14. Pago electrónico por la cantidad de **$60.00** a nombre de **DIDAXIS** a través de ATH, VISA O Mastercard. Didaxis le enviará vía correo electrónico el enlace para hacer el pago.

15. Un sobre pre-dirigido con sello del correo.

NOTA: NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS, TAMPOCO DESPUÉS DE LA FECHA LÍMITE

maria.fuentes@salud.pr.gov
787-765-2929 Extensiones 6608, 6645