Junta Examinadora de Ópticos

REQUISITOS DE SOLICITUD DE EXAMEN

1. Formulario de solicitud de Examen y Licencia Provisional debidamente completada y juramentada ante un notario público. **(páginas 2 al 4)**

2. **Transcripción de créditos oficial y certificación de grado oficial** deben ser expedidas por la Universidad, Colegio o Centro de Estudios donde realizó sus estudios. La institución deberá estar acreditada por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico. **Ambos documentos deberán ser enviados por la institución educativa directamente a la Junta Examinadora a la siguiente dirección postal:**

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

3. 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.

4. Identificación con foto vigente **original y copia**. (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte)

5. Certificado de Antecedentes Penales **original** expedido por el lugar de residencia y otro expedido por la Policía de Puerto Rico. **(No mayor de seis (6) meses)**

6. **Original** Certificación negativa de ASUME. **(No más de un (1) mes de expedido)**

7. **Original** Certificado de Salud vigente.

8. **Original y copia** del Diploma de Escuela Superior o transcripción de créditos de la institución académica donde el candidato cursó estudios a ese nivel, o un certificado de equivalencia de escuela superior mediante estudios libres de Puerto Rico.

9. Un (1) sobre pre-dirigido con sello. **(Debe incluir su nombre y dirección de correo postal en el centro del sobre)**

10. Pago correspondiente por la cantidad de veinticinco dólares **($25.00)**. **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.

PO Box 10200, San Juan, PR 00908-0200 | 787-999-8989 ext. 6525 | crysti.puente@salud.pr.gov

SOLICITUD DE EXAMEN DE ÓPTICOS

Nombre del solicitante: _____
Apellido Paterno **Apellido Materno** **Nombre** **Inicial**

Dirección física: _____

_____

Dirección postal: _____

Teléfonos: _____
Celular **Alternos**

Correo electrónico: _____

DECLARACIÓN JURADA

Comparece _____, mayor de edad, _____ y vecino de _____,
Nombre **Estado Civil** **Pueblo**
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.

Adhiera una fotografía reciente tamaño pasaporte

Acepto y entiendo que ofrecer declaración falsa en esta o con esta solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Ópticos 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 Ópticos información que requiere sobre mi persona, ampliar o corroborar información ofrecida con esta solicitud.

_____
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 _____ de _____ en _____, Puerto Rico.

_____
(Sello Notario) Firma del Notario

Esta solicitud debe ser cumplimentada únicamente por aquellas personas mayores de dieciocho años (18) y que reúnan las cualidades y requisitos educativos exigidos por la Junta Examinadora de Ópticos en armonía a las disposiciones de la Ley Núm. 152 del 3 de junio de 1976.

PO Box 10200, San Juan, PR 00908-0200 | 787-999-8989 ext. 6525 | crysti.puente@salud.pr.gov

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. Desea tomar el examen en: _____ Español _____ Ingles

7. 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

Escuela Superior

Nombre de la Institución: _____ Fecha de graduación: _____

Escuela de Óptica

Nombre de la Institución: _____ Recinto: _____

Dirección física: _____

_____

Grado obtenido: _____ Fecha obtención: _____

PO Box 10200, San Juan, PR 00908-0200 | 787-999-8989 ext. 6525 | crysti.puente@salud.pr.gov

CERTIFICACIÓN DE SOLVENCIA MORAL

(Para ser completado y firmado por dos ciudadanos de buena reputación moral)

Nombre del solicitante: _____

Los abajo firmantes *CERTIFICAMOS a la JUNTA EXAMINADORA DE ÓPTICOS 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 Ópticos.

_____	_____
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	**NOMBRE EN LETRA DE MOLDE**
DIRECCIÓN FÍSICA: _____	**DIRECCIÓN FÍSICA:** _____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
TELÉFONO	**TELÉFONO**
_____	_____
CORREO ELECTRÓNICO	**CORREO ELECTRÓNICO**
_____	_____
NÚMERO DE AÑOS QUE CONOCE AL ASPIRANTE	**NÚMERO DE AÑOS QUE CONOCE AL ASPIRANTE**
_____	_____
FIRMA	**FIRMA**
_____	_____
FECHA	**FECHA**

PO Box 10200, San Juan, PR 00908-0200 | 787-999-8989 ext. 6525 | crysti.puente@salud.pr.gov