



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

Rev. 03/2017

## SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO DE INACTIVACION DE LICENCIA PERMANENTE

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

PROFESION: \_\_\_\_\_

NUM. LICENCIA: \_\_\_\_\_

NUM. REGISTRO: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO: \_\_\_\_\_

Solicito a la Junta Examinadora \_\_\_\_\_

Inactivar mi licencia, ya que no estoy ejerciendo mi profesión por motivo de \_\_\_\_\_

Certifico que lo declarado es correcto y que entiendo lo que implica la inactivación de mi licencia, así como mi obligación de solicitar la reactivación de la misma antes de volver a ejercer.

Fecha de la solicitud: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Deberá pagar penalidades por trienios vencidos a partir del año 1998.

Cantidad a pagar \$ \_\_\_\_\_ Fecha de Vencimiento: \_\_\_\_\_

### ADVERTENCIA

Una licencia en status inactivo significa que se suspende el derecho del profesional a ejercer, pero ello no implica que el profesional pierda la licencia. Una licencia inactiva deberá ser reactivada por la Junta Examinadora antes de volver a ejercer. Para reactivar su licencia, el profesional deberá notificar a la Junta su intención de reintegrarse a su profesión y solicitar reactivación. La Junta podrá imponer ciertos requisitos para reactivar una licencia.

Atendido por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

.....  
Para Uso Oficial:

Fecha de inactivación en sistema \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Técnico: \_\_\_\_\_