

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA OCUPACIONAL DE PUERTO RICO

**SOLICITUD PARA OBTENER PRIMERA
LICENCIA PERMANENTE O RECIPROCIDAD**

_____ **Terapeuta Ocupacional**

_____ **Asistente en Terapia Ocupacional**

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

TELEFONOS: _____
Residencia Trabajo Celular Otro

EMAIL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
MES / DIA / AÑO

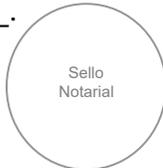


DECLARACIÓN JURADA

COMPARECE _____
Nombre completo del solicitante
 y debidamente **JURAMENTADO** expone que es la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y que fue tomada recientemente.

FIRMA DEL SOLICITANTE

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, hoy día _____ de _____ de _____ en _____,

AFFIDÁVIT NUM.: _____  _____
Firma del Notario

Esta solicitud deberá ser cumplimentada por aquellas personas que prueben que reúnen las cualidades y requisitos educativos especificados en la Ley Núm. 137 que reglamentan la profesión de Terapia Ocupacional del 26 de junio de 1968, según enmendada).

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para cancelar la Licencia después de expedida o penalizar a la persona que ha declarado falsamente.

Junta Examinadora de Terapia Ocupacional de Puerto Rico

Ext. 6561 / email: gonzalez.juliany@salud.pr.gov

PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1. ¿Ha cambiado su nombre o apellido? SI _____ NO _____ Indique original: _____
(Incluya declaración jurada).
2. Lugar de nacimiento _____ Edad: _____
3. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? Sí _____ No _____ (Personas nacidas en el **extranjero** deben someter **evidencia de su status**).
4. ¿Ha sido **CONVICTO** de algún delito? _____ Sí _____ No _____ (Si su contestación es afirmativa, explique en un papel aparte)
5. ¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad o condición? _____ Si contesta afirmativo, someta **Certificado Médico** que explique la enfermedad y la condición de la misma a la fecha de esta solicitud.
6. ¿Desea tomar el examen en?: _____Español _____Inglés
7. Necesita acomodo razonable: _____Sí _____No (De contestar **sí**, favor **presentar recomendaciones del especialista con especificaciones del acomodo. (Certificado Médico)**)
8. Autorizo a la JETOPR a proporcionar mi nombre junto con los resultados del examen de reválida a mi Institución educativa para propósitos estadísticos. _____Si _____No

PREPARACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL:

INSTITUCION:

Nombre: _____

Dirección de la Institución: _____

Grado obtenido: _____

Fecha: _____

Primer año: _____ Período: _____

Segundo año: _____ Período: _____

Tercer año: _____ Período: _____

Cuarto año: _____ Período: _____

Junta Examinadora de Terapia Ocupacional de Puerto Rico

Ext. 6561 / email: gonzalez.juliany@salud.pr.gov

PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184

CERTIFICACIÓN DE SOLVENCIA MORAL:

(Para ser cumplimentado y firmado por dos ciudadanos de buena reputación moral en la comunidad que conozcan bien al (a la) solicitante)

Los abajo firmantes CERTIFICAMOS a la JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA OCUPACIONAL que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona respetable, seria y de buena solvencia moral, por lo cual le consideramos apto (a) para ejercer la profesión.

_____	_____
NOMBRE (Letra de molde)	NOMBRE (Letra de molde)
DIRECCIÓN: _____	DIRECCIÓN: _____
_____	_____
_____	_____
FIRMA	FIRMA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA: *(Favor de usted no escribir en estos espacios)*

FECHA DE RECIBO: _____

___ SOLICITUD APROBADA

___ SOLICITUD DENEGADA

___ Examen

RAZON: _____

___ Lic. Provisional

___ Lic. Permanente

SOLICITUD EVALUADA POR:

Presidente _____

FECHA: _____

Miembro _____

ACTA: _____

Miembro _____

Miembro _____

Miembro _____

Junta Examinadora de Terapia Ocupacional de Puerto Rico

Ext. 6561 / email: gonzalez.juliany@salud.pr.gov PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA OCUPACIONAL DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde y legible.

Información Personal:

Primer Apellido **Segundo Apellido** **Primer Nombre** **Inicial**

F M

Seguro Social
***Últimos 4 dígitos**

Fecha de Nacimiento
dd/mm/yyyy

Ciudadanía: _____

Teléfono Hogar

Teléfono Celular

Teléfono Alternativo

Email *ejemplo: user@mail.com*

Información de Contacto

Examen: Convocatoria **MAYO 20__**

NOVIEMBRE 20__

Dirección Postal

ATO

TO

Ciudad, País, Código Postal

Número de Intento: _____ **Mes y Año de Graduación:** _____

Institución de Prodedencia: _____

REQUISITOS PARA SOMETER CON ESTA SOLICITUD JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA OCUPACIONAL DE PUERTO RICO

1. ___ Solicitud debidamente notariada, firmada y cumplimentada en todas sus partes.
2. ___ **ORIGINAL** Certificado de Salud, Tarjeta (Unidad Pública)
3. ___ **ORIGINAL y COPIA** Certificado de Nacimiento o evidencia de naturalización. (original y reciente).
4. ___ **ORIGINAL** Certificado de Antecedentes Penales de Puerto Rico (No más de treinta (30) días expedido).
5. ___ **ORIGINAL** Transcripción de Crédito Oficial y Certificación de grado de sus estudios en Terapia Ocupacional. (Deberá ser enviado por la Institución a la Junta a la siguiente dirección).

Junta Examinadora de Terapia Ocupacional
P.O. BOX 10200 San Juan, Puerto Rico 00908-0200

6. ___ **TRAER TRES (3) SOBRES** pre-dirigidos con sellos.
7. ___ ¿Tomó el examen ofrecido por NBCOT?, si contesto sí deberá mostrar **ORIGINAL y COPIA** del Diploma, Tarjeta y Resultados de estos.
8. ___ **GIRO POSTAL, CHEQUE CERTIFICADO POR EL BANCO O SISTEMA ATH, VISA, MASTERCARD** a nombre del **Secretario de Hacienda (NO REEMBOLSABLES)** por la cantidad de:
 - Terapeuta Ocupacional \$40.00 dólares
 - Asistentes en Terapia Ocupacional \$ 35.00 dólares

NOTA: Esta solicitud **no** podrá ser procesada hasta tanto el candidato haya sometido **TODA** la evidencia que la misma requiere.

Junta Examinadora de Terapia Ocupacional de Puerto Rico

Ext. 6561 / email: gonzalez.juliany@salud.gov.pr

PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184