**Junta Examinadora de Histotécnicos e Histotecnólogos**

**Solicitud para Revalida de PR y Licencia Provisional.**

**Histotécnico Histotecnólogo**

Fecha radicación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

Dirección Postal**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfonos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residencial Celular Alterno

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Declaración Jurada**

Comparece, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre completo del solicitante

**Adhiera una fotografía 2x2 reciente**

* 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 durante los últimos seis (6) meses.
* Acepta que entiende que cualquier declaración falsa hecha deliberadamente por el solicitante o permitida, en cualquiera de las cláusulas de esta solicitud, será motivo suficiente para rechazar o revocar la licencia después de haberse expedido.
* Por la presente solicito bajo juramento, una licencia provisional como **( ) Histotécnico o ( ) Histotecnólogo** de acuerdo con la Ley Número 258 de 31 de agosto de 2000, en la Sección 7ma. Me comprometo a practicar durante un periodo mínimo de un (1) año a partir de la fecha en que la Junta Examinadora de Histotécnico e Histotecnólogo apruebe esta solicitud.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ, hoy día \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_

en\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

Affidávit núm: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma notario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REQUISITOS PARA SOLICITAR**

**LICENCIA** **DE** **HISTOTÉCNICOS E HISTOTECNÓLOGOS**

1. Someter la solicitud para Licencia Permanentedebidamente juramentada ante un notario público.
2. Someter **Transcripciones de Créditos y Certificación de Grado Académico Obtenido**.Deben seroficiales, expedidas por la Universidad, Colegio o Centro de Estudios donde realizó sus estudios de grado Asociado o Bachillerato. La institución deberá estar acreditada por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico. **(Deberán ser enviada por la institución educativa a la Junta Examinadora directamente a la siguiente dirección):**

**Junta Examinadora De Histotecnologos**

**P.O. Box 10200**

**San Juan, PR 00908-0200**

1. **Original y Copia** del Certificado de Nacimiento. Solicitantes extranjeros deben presentar Certificación de su estatus ante el Servicio de Inmigración y Naturalización. **(Deberá traer evidencia)**
2. **Original y copia** deIdentificación vigente con foto (Licencia de conducir, Real ID O Pasaporte).
3. **Original** Certificado de Antecedentes Penales expedido por el lugar de residencia y otro expedido en Puerto Rico. **NOTA:** Del certificado ser electrónico, deberá traer la **validación electrónica** del mismo. **\*No mayor de seis (6) meses\***
4. **Copia** Resultado de Examen de revalida ó certificación del ASCP
5. **Copia** Licencia profesional del Estado de procedencia.
6. Verificación de Licencia del Estado procedencia. (**Good Standing**). Si aplica.
7. **Dos (2) sobres** pre-dirigidos con sellos. **(Debe de incluir su Dirección Postal)**



|  |
| --- |
| \_\_\_\_  \_\_\_\_\_ |

1. Los derechos a pagar por el examen de reválida son de cincuenta ($50.00) dólares y por licencia provisional como Histotécnico o Histotecnólogo, es de cincuenta ($50.00) dólares para un total de cien ($100.00) dólares pagaderos al **Secretario de Hacienda** en giro postal, bancario, ATH, VISA o MASTERCARD.

**DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE**

1. Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Fecha y lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Seguro Social: xxx-xx-\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(últimos cuatro dígitos)
4. ¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí \_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ (Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su estatus actual).
5. Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. ¿Ha sido CONVICTO de algún delito grave? Sí \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_ (Si su contestación es afirmativa, explique)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PREPARACIÓN ACADEMICA Y PROFESIONAL**

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Grado obtenido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha obtención: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Certificación de Aprendizaje**

(Para ser llenado por el Patólogo y el Histotecnólogo que supervisara la práctica)

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vecino de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, declaramos que:

UNO: Que soy Patólogo autorizado a ejercer mediante licencia expedida por el Tribunal Médico de Puerto Rico.

UNO: Que soy Histotecnólogo autorizado a ejercer mediante licencia expedida por la Junta Examinadora de Histotecnólogo de Puerto Rico.

Dos: Que conocemos personalmente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

TRES: Que nos comprometemos a supervisar personalmente y a hacernos responsables de dicha práctica por un periodo de un (1) año, comenzando en la fecha que la Junta Examinadora de Hisotécnicos e Histotecnólogos de Puerto Rico.

Cuatro: Que nos comprometemos a certificar luego a la Junta Examinado de Histotécnicos e Histotecnlogos de Puerto Rico el resultado de tal práctica.

Dado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Puerto Rico a los \_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE LICENCIA NÚMERO DE REGISTRO FIRMA DEL PATÓLOGO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NÚMERO DE LICENCIA NÚMERO DE REGISTRO FIRMA DEL HISTOTECNÓLOGO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOMBRE DEL LABORATORIO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DIRECCION COMPLETA DEL LABORATORIO

TELEFONO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO