



DEPARTAMENTO DE SALUD

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

SOLICITUD PARA TOMAR EL EXAMEN "NCE" EN PUERTO RICO PARA CONSEJEROS PROFESIONALES LICENCIADOS MEDIANTE LA CLAUSULA DE TRANSICION DE LA LEY 147 – 2002, SEGÚN ENMENDADA

Fecha de Radicación: _____

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

Licencia Núm.: _____ Fecha de Expedición: _____

Dirección postal: _____

Dirección residencial: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono residencial: _____

**POR LEY ADA TIENE EL BENEFICIO DE SOLICITAR ACOMODO RAZONABLE, EN
CASO DE IMPEDIMENTOS. DEBERÁ SOMETER CERTIFICADO MÉDICO JUNTO CON LA SOLICITUD.**

Intereso _____

No intereso _____

¿Qué tipo de acomodo razonable solicita? _____

Firma del Solicitante

Requisitos:

1. Copia de Certificación de Registro (**TRIENIO VIGENTE**)
2. Certificado de Antecedentes Penales. (**NO MAYOR DE SEIS MESES**)
3. Certificación de Asume. (**NO MAYOR DE TREINTA DIAS**)
4. Una (1) fotografía reciente tamaño 2x2.
5. Giro Postal o Cheque Certificado a Nombre de:
 - **\$30.00 (Secretario de Hacienda)**
 - **(ATH, VISA, MASTERCARD)**
6. Un (1) sobre pre-dirigido con sello y su dirección postal.

PO BOX 10200, San Juan, PR 00908-0200

 787-765-2929

 www.salud.pr.gov