



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO
DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

**Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico
y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico**

**CERTIFICACIÓN DE ENTRENAMIENTO FORMAL
DECLARACIÓN JURADA**

Por la presente certifico que _____,
Tecnólogo (a) Radiológico (a) con licencia permanente número _____ y registro
número _____, realizo su entrenamiento para Tecnólogo (a) en Radioterapia
en _____
bajo mi supervisión durante el periodo comprendido desde _____
hasta _____ para un total de _____ horas.

Firma de Medico Radioncologo

Número de Licencia

Jurado y suscrito ANTE MI, Hoy día _____ de _____ de _____, en
_____, bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT NÚMERO _____

FIRMA DEL NOTARIO

REV. MARZO 2025



PO BOX 10200 SAN JUAN PR 00908-0200

(787) 765-2929 ext. 6585



iris.gonzalez@salud.pr.gov