



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

**SOLICITUD RENOVACIÓN LICENCIA PROVISIONAL LIMITADA PARA
DENTISTA FACULTATIVO**

LICENCIA NÚMERO: _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

FECHA EXPEDIDA: _____ FECHA EXPIRACION: _____

TELÉFONO: _____ EMAIL: _____

Yo, _____, solicito la renovación de la licencia limitada de facultad con el único propósito de ejercer como profesor facultativo en la Escuela de Medicina Dental de _____ y obtener privilegios de hospital en los Centro de Enseñanza para dentistas y sus especialidades de la Escuela de Medicina Dental antes mencionada.

Reconozco que esta licencia no me autoriza a ejercer la profesión en la práctica privada, ya que se emite con propósito educación y de enseñanza.

Para, que así conste, firmo, hoy, ____ de _____ de _____.

Dentista solicitando licencia limitada

SOLICITUD RENOVACIÓN LICENCIA PROVISIONAL LIMITADA PARA DENTISTA FACULTATIVO

- _____ 1. El solicitante debe acompañar evidencia acreditativa de que ha completado 15 horas crédito en cursos de educación continua.
- _____ 2. Presentar evidencia de contrato vigente con la Escuela de Medicina Dental.
- _____ 3. **Certificado de Antecedentes Penales** expedido por la Policía de Puerto Rico y/o por el organismo correspondiente del país de origen. (La Junta podrá requerir ambos.) Este documento debe haber sido expedido durante los últimos treinta (30) días anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.
- _____ 4. **Certificación negativa de deuda de pensión alimenticia**, expedida por la Administración para el Sustento de Menores (ASUME) expedida no más tarde de un mes previo al registro de su licencia, de conformidad con la Ley #86 del 17 de agosto de 1994, según enmendada.
- _____ 5. **Presentar identificación vigente** (licencia de conducir, pasaporte, ID militar, ID del CESCO digital debe estar impreso)
- _____ 6. Presentar a la Junta evidencia de contrato vigente como Docente con rango académico por una Escuela de Medicina Dental debidamente acreditada (CODA) en Puerto Rico.
- _____ 7. **PAGO** por la cantidad de **\$15.00** dólares (No reembolsables). Métodos de pago: ATH, Visa, MasterCard o Giro Postal o Bancario a nombre de “Secretario de Hacienda” de Puerto Rico

Importante: Para entregar la solicitud, documentos y/o realizar gestiones en nuestras facilidades:

Para citas:

Link para coordinar citas: <https://profesionalesdelasalud.turnospr.com/>



Para acceso a nuestro portal:

Link del portal de salud: <https://www.salud.pr.gov/>

