

JUNTA EXAMINADORA DE CONSEJEROS EN REHABILITACION DE PUERTO RICO
P.O. BOX 10200 SAN JUAN, P.R.00908 – 0200 TEL. (787)765-2929 EXT. 3462
ctrinidad@salud.pr.gov

SOLICITUD DE EXAMEN DE CONSEJEROS EN REHABILITACIÓN

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección Postal: _____

Dirección Física: _____

Teléfonos Residencial: _____ Trabajo: _____

Celular: _____ Otro: _____

Seguro Social: _____ Fecha De Nacimiento: Mes ____ Dia: ____ Año ____

Correo Electrónico _____

DECLARACIÓN JURADA



Estado o Territorio _____

Pueblo o Ciudad _____

COMPARECE _____

Nombre Completo del Solicitante

Identificado mediante _____

Método de Identificación

Yo, debidamente juramentado y expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud de licencia,
Y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta es de mi persona y fue
tomada recientemente.

Firma del Solicitante

Fecha

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, hoy día ____ de _____ de _____ en
_____, Puerto Rico

AFFIDAVIT NÚM: _____

Firma del Notario

Sello Notarial

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1. ¿Ha cambiado su nombre o apellido? Si _____ No _____ Indique original:

2. Lugar de Nacimiento _____ Edad: _____

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Si _____ No _____ (Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su status).
3. Estado Civil: Casado(a) _____ Soltero (a) _____
4. ¿ Ha sido Convicto de algún delito: Si _____ No _____ (Si su contestación es afirmativa, explique en un papel aparte)
5. Agencia para la cual trabaja y dirección _____

6. Deseo tomar el examen en: Español _____ Inglés _____
7. Solicito Acomodo Razonable: Si _____ No _____
8. ¿Qué tipo de Acomodo Razonable solicita? _____

Deberá presentar evidencia que demuestre la causa para tal solicitud, ya sea Certificado Médico en Original u otro documento que justifique dicho acomodo.

PREPARACIÓN ACADÉMICA:

Nombre de la Institución: _____
Dirección: _____
Grado Obtenido: _____ Fecha obtención: _____

ESTUDIOS GRADUADOS O POST- GRADUADOS:

Institución: _____
Dirección: _____
Grado obtenido: _____ Fecha obtención: _____

Firma: _____ Fecha: _____

CERTIFICACIÓN DE SOLVENCIA MORAL

(Para ser firmado por (2) dos ciudadanos que acrediten la buena conducta del solicitante)

Los abajo firmantes Certificamos a la JUNTA EXAMINADORA DE CONSEJEROS EN REHABILITACIÓN DE PUERTO RICO que conocemos personalmente al (la) solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona respetable y de buen carácter moral, que goza de buena reputación en su comunidad, por lo cual le consideramos apto (a) para ejercer la profesión de CONSEJERO EN REHABILITACIÓN en Puerto Rico.

Nombre: _____
(Letra de Molde)

Dirección: _____

Firma: _____

Nombre: _____
(Letra de Molde)

Dirección: _____

Firma: _____

Jurado y suscrito ante mí hoy día _____ de _____ de _____ en _____, Puerto Rico.

Sello Notarial

Notario Público

JURAMENTO Y AUTORIZACIÓN:

POR LA PRESENTE declaro BAJO JURAMENTO que la información que he suministrado es exacta y verídica y AUTORIZO a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a las personas debidamente autorizadas por la JUNTA EXAMINADORA DE CONSEJEROS EN REHABILITACION DE PUERTO RICO, que requiera corroborar o ampliar información ofrecida por mí en este documento.

Entiendo que de ofrecer o aceptar cualquier información falsa suministrada por mí en cualquier encasillado de esta solicitud será razón suficiente para rechazar o revocar la licencia aun después del mismo haber sido expedida.

Fecha

Firma del (la) solicitante

REQUISITOS A SOMETER JUNTO CON ESTA SOLICITUD

1. ORIGINAL Y COPIA del Certificado de Nacimiento. Solicitantes Extranjeros deben presentar Certificación de Status ante el Servicio de Inmigración y Naturalización (Traer Evidencia)
2. ORIGINAL de Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico reciente.
3. Certificación Negativa de la Administración de Sustento de Menores. (ASUME)
4. ORIGINAL Y COPIA del Diploma o su Equivalente (Certificación de Graduación) de un Colegio o Universidad reconocida por el Consejo de Educación Superior, acreditada de haber obtenido el grado de Maestría, Doctorado en Consejería en Rehabilitación.
5. Transcripción Oficial de Credito expedida por la Universidad o escuela donde cursó sus estudios de Consejería en Rehabilitación. Estos documentos deben ser enviados directamente de la Institución a nuestra dirección:

Junta Examinadora de Consejeros en Rehabilitación
P.O BOX 10200
SAN JUAN, P.R 00908 -0200

6. TRAER DOS (2) SOBRES Pre- dirigidos con sellos (con su dirección impresa)
7. PAGO por la cantidad de \$100.00 dólares (Esto es por derecho a examen y no serán reembolsados al solicitante.)

Contamos con Sistema de ATH, VISA O MASTER CARD. También puede pagar con giro Postal o Bancario pagadero al SECRETARIO DE HACIENDA.

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la
Salud y Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico



JUNTA EXAMINADORA
DE CONSEJEROS EN REHABILITACIÓN DE PUERTO RICO
CERTIFICACIÓN
DE ASPIRANTE A REVALIDA QUE NO HA COMPLETADO EL INTERNADO

Se certifica que el aspirante _____,
es estudiante del programa/escuela graduada de consejería en rehabilitación de
nuestra institución, ha completado todos los cursos académicos requeridos para
participar del internado en consejería en rehabilitación.

Nombre del Director (a)/ Coordinador(a)

Firma del Director(a)/ Coordinador(a)

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

JUNTA EXAMINADORA DE CONSEJEROS EN REHABILITACIÓN DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde.

Información Personal:

Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Inicial

Seguro Social Fecha de Nacimiento F _____ M _____

***Últimos 4 dígitos mes/día /año**

Ciudadanía: _____

Teléfono Celular Teléfono Hogar Teléfono Trabajo

E-mail: _____

Información Personal:

Dirección Postal

Ciudad, País, Código Postal

Fecha de Graduación: _____

Grado Obtenido: _____

Número de Intentos: _____

Institución de Procedencia: _____