Solicitud Certificación de Cumplimiento con Servicio Comunitario con Remuneración

Instrucciones Generales

1. Esta solicitud deberá ser cumplimentada en su totalidad.
2. Esta solicitud deberá ser acompañada a la certificación expedida por la entidad correspondiente: Administración de Seguros de Puerto Rico (ASES), la Administración de Veteranos o la Escuela de Medicina. Esta certificación deberá acreditar el total de horas que el médico cualificado ofreció servicios.
3. El total de horas rendidas debe ascender a ciento ochenta horas (180).
4. Esta Certificación tiene un costo de trescientos dólares ($300).

Solicitud Certificación de Servicio Comunitario con Remuneración

Ley 14-2017 ☐ Ley 60-2019 ☐

FECHA DE RADICACIÓN DE INFORME ANUAL SEGÚN INDICADO EN EL DECRETO APROBADO POR EL DEPARTAMENTO DE DESARROLLO ECONÓMICO:

_____

I. INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del solicitante:

_____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

DÍA/ MES / AÑO

Número de Seguro Social (Últimos 4 dígitos): _____

Número de Licencia profesional o provisional (si aplica): _____

Número de teléfono: _____Correo electrónico: _____

Favor de marcar según corresponda:

_____ Médico Generalista, Especialista o Subespecialista: De contar con una o más especialidades favor de Especificar: _____

_____ Médico Residente Especificar: _____

_____ Dentista General o Especialista en Odontología Especificar: _____

_____ Podiatra

II. INFORMACIÓN DE HORAS DE SERVICIO COMUNITARIO CON REMUNERACIÓN

Marque todas las que apliquen:

Indique si en el período solicitado usted fue proveedor de Plan Vital _____Sí _____No

Indique si en el período solicitado usted fue proveedor de Plan Platino _____Sí _____No

Indique si en el período solicitado usted fue empleado o proveedor de la Administración de Veteranos ___Sí ___No

Indique si en el período solicitado usted fue empleado o proveedor en carácter de profesor de una escuela de medicina en Puerto Rico_____

III. CERTIFICACIÓN

Yo, _____, mayor de edad, de estado civil_____,

_____(profesión) y residente de _____, Puerto Rico Certifico que

he leído y completado la solicitud con información verdadera y correcta. Se advierte que de brindar

información falsa será suficiente para no emitir la certificación de médico cualificado.

Fecha: _____ Firma: _____