



DEPARTAMENTO DE

**SALUD**

GOBIERNO DE PUERTO RICO

## Renovación de Licencia Provisional

(Favor de llenar la solicitud en letra de molde)

\_\_\_\_\_ **Terapeuta Ocupacional**

\_\_\_\_\_ **Asistente en Terapia Ocupacional**

**Fecha Recibida:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_  
Tel. Residencia                      Tel. Trabajo                      Tel. Celular                      Email

**Dirección Postal:** \_\_\_\_\_

**Fecha del Último Examen de Revalida** \_\_\_\_\_

### INFORMACION PROFESIONAL:

1. ¿Actualmente, posee licencia provisional? \_\_\_ Si \_\_\_ No Num. Lic. \_\_\_\_\_

2. ¿Se encuentra trabajando en la actualidad? \_\_\_ Si \_\_\_ No

\*Indique la información de su empleo y si no esta trabajando en la actualidad, indique la información de su ultimo empleo\*

**Lugar de Trabajo:** \_\_\_\_\_

**Dirección Física:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Título de plaza:** \_\_\_\_\_

**Nombre del supervisor (a) inmediato:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Firma del Solicitante**

### REQUISITOS:

1. \_\_\_\_\_ **GIRO POSTAL/BANCARIO, CHEQUE CERTIFICADO POR EL BANCO O SISTEMA ATH, VISA, MASTERCARD** a favor del Secretario de Hacienda (**NO REEMBOLSABLES**) por la siguiente cantidad:  
\***\$20.00** Terapeuta Ocupacional                      \***\$20.00** Asist. en Terapia Ocupacional
2. \_\_\_\_\_ **CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES** expedido por la Policía de Puerto Rico con no más de treinta (30) días de expedido.
3. \_\_\_\_\_ **ORIGINAL** Declaración Jurada por un Abogado licenciado donde indique que el (la) Supervisor (a), es Terapeuta Ocupacional licenciado (a) y recertificado con número de licencia que aparece en la Junta Examinadora, que acepta supervisar al Terapeuta o Asistente Ocupacional, que lleva un registro de sus visitas de supervisión, las cuales no deberán ser menos de una vez cada mes. La declaración deberá incluir el numero de licencia y registro del (la) Supervisor (a). **SE INCLUYE MODELO.**
4. \_\_\_\_\_ **Traer (2) dos sobres** pre-dirigidos con sellos.
5. \_\_\_\_\_ **Todos (as) los (as) Candidatos (as), que soliciten licencia provisional y esta sea su cuarta (4ta) y (5ta) vez, deberán someter evidencias de que han tomado Cursos de Educación Continua y que sean pertinentes al contenido del examen.**

**Junta Examinadora de Terapia Ocupacional de Puerto Rico**

Ext. 6561 / Email: gonzalez.juliany@salud.pr.gov

PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184

## **BORRADOR**

### **JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA OCUPACIONAL DE PUERTO RICO**

#### **COMO DEBE SER LLENADA LA DECLARACION JURADA**

##### **DECLARACION JURADA:**

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, vecino de \_\_\_\_\_,  
con número de licencia \_\_\_\_\_ y número de registro \_\_\_\_\_,  
certifico que superviso a \_\_\_\_\_,  
 Asistente en Terapia Ocupacional ó  Terapeuta Ocupacional \_\_\_\_\_,  
con número de licencia provisional \_\_\_\_\_ y quien solicita  
renovación de licencia.

Certifico que se supervisa personalmente a \_\_\_\_\_,  
Llevando un registro de visitas de supervisión, las cuales no son menores a  
Una vez mensual.

\_\_\_\_\_  
**Firma Terapeuta/Asistente**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Supervisor (a)**

\_\_\_\_\_  
**Affidavit Número**

**Sello  
Notario**

\_\_\_\_\_  
**Notario Público  
Número de Licencia**