
JUNTA EXAMINADORA DE EMBALSAMADORES DE PUERTO RICO

. Tel: (787) 765-2929 Ext. 6567 - maria.garcia@salud.gov.pr

2. **Fecha y Lugar de nacimiento** _____.

3. **Seguro Social:** xxx-xx-_____ (últimos cuatro dígitos)

4. **¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?** Sí ___ No ___ (Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su estatus actual).

5. **Estado Civil:** _____

6. **¿Ha sido CONVICTO de algún delito grave?** ___Sí ___No (Si su contestación es afirmativa, explique en un documento aparte)

7. **Solicita acomodo razonable:** ___Sí ___No

¿Qué tipo de acomodo 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 ACADEMICA Y PROFESIONAL

Nombre de la Institución: _____

Dirección: _____



DEPARTAMENTO DE

SALUD

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Grado obtenido: _____

Fecha obtención: _____

GOBIERNO DE PUERTO RICO

CERTIFICACIÓN DE BUENA CONDUCTA MORAL

(Para ser completado y firmado por dos Embalsamadores)

Los abajo firmantes *CERTIFICAMOS a la JUNTA EXAMINADORA DE EMBALSAMADORES 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 (la) consideramos apto (a) para ejercer la profesión de Embalsamador.

NOMBRE

(Letra de molde)

DIRECCIÓN: _____

(Profesión y número de licencia)

Numero de años que conoce al aspirante

FIRMA

FECHA



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Aspirantes a Embalsamadores con Permiso de Internado

REQUISITOS A SOMETER JUNTO CON ESTA SOLICITUD PARA LICENCIA PROVISIONAL

1. Someter la *Solicitud* debidamente juramentada ante un notario público.
2. Someter con la solicitud carta de Embalsamador que lo va lo a supervisar, la cual indique la funeraria o funerarias que hará su internado, deberá incluir la certificación de registro vigente.
3. Presentar prueba satisfactoria de buena conducta moral de un embalsamador o otro profesional de la salud debidamente licenciado.
4. Negativa de ASUME vigente en Original. Este certificado se requiere cuya fecha de emisión **no podrá ser anterior a treinta (30) días de la fecha de la solicitud.**
5. **Certificado de Antecedentes Penales** en original expedido por la Policía de Puerto Rico. Este Certificado se requiere cuya fecha de emisión **no podrá ser anterior a (30) días de la fecha de la solicitud.**
6. Someta la *Solicitud para Permiso de Internado* con los pagos correspondientes:
 - ✓ Pago de la *Solicitud de Permiso de Internado* ----- \$ 50.00 – ATH, VISA, MASTER CARD O GIRO POSTAL pagadero a **SECRETARIO DE HACIENDA.**
7. **Copia de identificación** – Licencia de conducir, Identificación DTOP o Pasaporte.
8. **TRAER DOS (2) SOBRES** Pre-dirigidos con sellos. (Debe incluir su Dirección Postal)



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

NOTA: Esta solicitud no podrá ser aceptada hasta tanto el candidato haya sometido toda la evidencia que la misma requiere.

DIVISION DE LICENCIAMIENTO DE MEDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD