



Aspirantes a Consejeros(as) Profesionales con Licencia Provisional

REQUISITOS A SOMETER JUNTO CON ESTA SOLICITUD PARA LICENCIA PROVISIONAL

1. Someter la *Solicitud para Licencia Provisional* debidamente juramentada ante un notario público.
2. Someter *Transcripciones de Créditos* Esta debe ser documento oficial expedido por la Universidad, Colegio o Centro de Estudios donde obtuvo su Maestría o Doctorado. La institución deberá estar acreditada por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico. **(Estos documentos deberán ser enviados por la institución educativa directamente a la Junta Examinadora a la siguiente dirección):**

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
P.O. Box 10200
San Juan, P.R. 00908-0200

3. ***Certificación de Grado Académico obtenido.***
4. Presentar prueba satisfactoria de buena conducta moral de dos (2) Consejeros Profesionales u otro profesional de la salud debidamente licenciado. **(No puede ser Trabajador Social ni Médico)**
5. **ORIGINAL Y COPIA** de su Certificado de Nacimiento. Solicitantes extranjeros deben presentar Certificación de su estatus ante el Servicio de Inmigración y Naturalización de Estados Unidos (presentar evidencia).
6. **ORIGINAL** de su Certificado de Antecedentes Penales reciente expedido por la Policía de Puerto Rico.
7. **TRAER DOS (2) SOBRE** pre-dirigido con sello. (Debe incluir su Dirección Postal)
8. Someta la *Solicitud para Licencia Provisional* con el pago de \$30.00 en giro postal o bancario a nombre del Secretario de Hacienda. **(ATH, VISA, Mastercard)** No reembolsable.

NO SE PROCESARÁ ESTA SOLICITUD HASTA TANTO EL CANDIDATO SOMETA TODA LA EVIDENCIA QUE LA MISMA REQUIERE. TAMPOCO SE PROCESARÁN SOLICITUDES ENTREGADAS FUERA DE LA FECHA LÍMITE PUBLICADA EN LA CONVOCATORIA.



**Oficina de Reglamentación y Certificación de Profesionales de la Salud
Junta Examinadora de Consejeros Profesionales**

Hoja de Cotejo para Solicitud de Examen

Nombre: _____

Fecha: _____

- _____ 1. Solicitud debidamente cumplimentada.
- _____ 2. Presentar prueba satisfactoria de buena conducta moral de dos (2) Consejeros Profesionales licenciados o en su lugar dos (2) Profesionales de la Salud debidamente licenciado. (No puede ser trabajador social ni médico)
- _____ 3. Certificado de Nacimiento. **(Original y Copia)**
- _____ 4. Evidencia de ser ciudadano americano o de ser residente permanente de los Estados Unidos.
- _____ 5. **Transcripción Oficial (Sellada)** de la Universidad, Colegio o Centro de Estudios donde obtuvo su Maestría o Doctorado. La institución debe estar acreditada por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico.
- _____ 6. **Certificación de Grado**
- _____ 7. **Certificado de Antecedentes Penales** expedido por la Policía de Puerto Rico.
- _____ 8. **Dos sobres tamaño carta pre-dirigido con sello (debe incluir dirección postal)**
- _____ 9. **Giro postal/Bancario** de \$30.00 a nombre del Secretario de Hacienda (derechos de solicitud). **(ATH, VISA, Mastercard)** No reembolsable.

Recibido por: _____

E-mail: carmen.torres@salud.pr.gov



DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1. Nombre _____
2. Fecha y Lugar de Nacimiento _____
3. Seguro Social (últimos 4 dígitos) XXXX-XX-_____
4. ¿Es usted ciudadano de los EEUU? Sí _____ No _____ (Si nació en el extranjero debe someter evidencia de su estatus actual).
5. Estado Civil _____
6. ¿Ha sido convicto de algún delito grave? Si _____ No _____ (Si contesta en la afirmativa, explique en un documento aparte)
7. Solicita acomodo razonable Sí _____ No _____
- ¿Qué tipo de acomodo solicita? _____

Deberá presentar evidencia que demuestre causa para tal solicitud. Este podría ser Certificado Médico en original u otro documento que justifique dicho acomodo.

PREPARACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL

Nombre de la Institución _____

Dirección _____

Grado obtenido _____ Fecha obtención _____

E-mail: carmen.torres@salud.pr.gov



SOLICITUD PARA LICENCIA PROVISIONAL DE CONSEJEROS(AS) PROFESIONALES

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

DIRECCIÓN POSTAL: _____

TELÉFONOS: _____

Residencial Trabajo Celular Otro

CORREO ELECTRÓNICO: _____

DECLARACIÓN JURADA

Comparece _____, mayor de edad, _____

Nombre Estado Civil Profesión

y vecino de _____, debidamente juramentado expone que es la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta es de su persona y fue tomada recientemente.

Adhiera una
fotografía
reciente tamaño
pasaporte

Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta Solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autorizo a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales información que requiere sobre su persona, ampliar o corroborar información ofrecida con esta solicitud.

Acepto cumplir fielmente con el Código de Ética de la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Afidávit núm.: _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI por _____ de las circunstancias personales antes indicadas y a quien DOY FE de conocer personalmente o haber _____ identificado _____ conforme _____ dispone _____ la ley, _____ hoy día _____ de _____ en _____, Puerto Rico.

(Sello Notario)

Firma del Notario

DEPARTAMENTODE SALUD
OFICINA DE REGLAMENTACIÓN Y CERTIFICACIÓN
DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD
PO BOX 10200, SANTURCE, PR 00908-0200
(787)765-2929 Ext. 6607



CERTIFICACIÓN DE BUENA CONDUCTA MORAL

(Para ser completado y firmado por dos Consejeros Profesionales)

Los abajo firmantes *CERTIFICAMOS a la JUNTA EXAMINADORA DE CONSEJEROS PROFESIONALES 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 Consejeros Profesionales.

NOMBRE
(Letra de molde)

DIRECCIÓN: _____

(Profesión y número de licencia)

Número de años que conoce al aspirante

FIRMA

FECHA

NOMBRE
(Letra de molde)

DIRECCIÓN: _____

(Profesión y número de licencia)

Número de años que conoce al aspirante

FIRMA

FECHA