



SOLICITUD DE DUPLICADO SUSTITUCIÓN

_____ LICENCIA PERMANENTE

_____ LICENCIA PROVISIONAL

_____ CERTIFICACIÓN AREA DE CUIDADO DE ESPECIALIDAD

Fecha: _____

Nombre: _____
[NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE]

Dirección Postal: _____

Número de Tel. _____

Número de Licencia: _____

Fecha de Expedición: _____

Enf. Especialistas _____ Enf. Generalistas _____ Práctica Avanzada _____

Enf. Asociadas/os _____ Enf. Práctica/o _____

Razón de la solicitud: _____

Firma del Solicitante: _____

****ESTE DOCUMENTO DEBE SER LLENADO EN TODAS SUS PARTES****

REQUISITOS PARA SOLICITAR DUPLICADO DE LICENCIA:

1. Giro postal o Bancario por la cantidad de **\$30.00** (treinta dólares) a nombre de **Secretario de Hacienda**
2. Declaración Jurada ante un Abogado Notario (**solo para Duplicado**)
3. Para sustitución de licencia debe entregar la licencia Original.
4. Un sobre con sello y dirección postal.