



SOLICITUD DE LICENCIA PROVISIONAL

PROGRAMA POST DOCTORAL ESCUELA DE MEDICINA DENTAL

Foto 2 X 2
Autografiada

Por la presente solicito se me expida una licencia provisional como Dentista admitido a programa postdoctoral en: _____ en la Escuela de Medicina Dental de: _____

Programa al que fue admitido

Institución Académica

Comenzando en _____ Terminando en _____

Fecha

Fecha

A estos efectos, someto la siguiente información:

Nombre: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Inicial

Dirección: _____

Calle

Número

Urbanización

Pueblo

País

Zip Code

Teléfono res. : _____ Otro teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Día

Mes

Año

Ciudad y/o País

Núm. Seguro Social _____

Ciudadanía: Estados Unidos ☐ Sí ☐ No Otra: _____

Extranjeros: _____

Número de permiso de entrada o de residente y fecha de expedición

Institución donde se graduó: _____

Fecha de Graduación: _____

CERTIFICADO MEDICO

YO, _____, médico autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la licencia número _____, expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica, CERTIFICO que he examinado a _____, encontrándole en buen estado general de salud y libre de enfermedad o condición contagiosa.

Firma del Médico

Fecha

¿Ha sido usted convicto por algún delito grave o menos grave en Puerto Rico o en algún otro estado o país?

Sí _____ No _____

¿Ha estado usted bajo tratamiento médico por haber dependido o utilizado drogas o alcohol?

Sí _____ No _____

¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas o alcoholismo?

Sí _____ No _____

¿Ha sido usted convicto por ejercer ilegalmente la medicina, la acupuntura, alguna especialidad no certificada por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica o cualquier otra profesión en Puerto Rico o en algún estado o país?

Sí _____ No _____

¿Ha sido usted arrestado, acusado, encarcelado o colocado en probatoria por cualquier caso radicado en su contra por cualquier violación de ley, reglamento u ordenanza municipal?

Sí _____ No _____

CERTIFICO: Que la información aquí suministrada es correcta y verdadera. Entiendo que cualquier información falsa o incorrecta ofrecida por mí en esta solicitud puede ser causa para denegar la misma y/o para iniciar un proceso disciplinario en mi contra.

Firma del Solicitante

Fecha

PARA USO JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO

JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO
PO BOX 10200, SAN JUAN, PR 0908
cindy.reyes@salud.pr.gov

REQUISITOS

(PARA SOMETER CON ESTA SOLICITUD DE LICENCIA PROVISIONAL)

1. Certificación de haber sido admitido en programa postdoctoral en la Escuela de Medicina Doctoral de la Universidad de Puerto Rico.
2. Certificación del Decano de la Escuela de Medicina Dental con fecha de comienzo y graduación del mismo.
3. Pago **no reembolsable** por la cantidad de QUINCE (\$15.00) DOLARES. Puede efectuarse en giro postal a nombre de SECRETARIO DE HACIENDA (ej. Money Order o Money Gram), cheque certificado, ATH, VISA o MASTERCARD.
4. Certificado de Antecedentes Penales de la Policía de Puerto Rico. (impreso 30 días o menos de la fecha en que estará entregando su solicitud).
5. Una (1) foto 2 X 2 firmada.
6. Copia de Identificación con foto (Licencia de Conducir, Identificación DTOP o Pasaporte).
7. Deberá hacer cita a través del portal de Turnos PR.

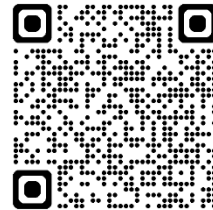
Para citas:

Link para coordinar citas: <https://profesionalesdelasalud.turnospr.com/>



Para acceso a nuestro portal:

Link del portal de salud: <https://www.salud.pr.gov/CMS/444>



NOTA:

Todo dentista que solicite una licencia provisional de programa postdoctoral por primera vez y que no tenga expediente en la Junta Dental Examinadora de PR deberá informarlo para entregarle todos los requisitos requeridos por ley 120 para el trámite de esta.

La Junta Dental Examinadora de Puerto Rico podrá denegar cualquier solicitud de licencia que no cumpla con la Ley.

***Esta solicitud no constituye que su expediente esté completo para la aprobación de una Licencia Provisional Postdoctoral.**