



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y
Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Médicos Veterinarios

SOLICITUD DE LICENCIA PROVISIONAL

Según lo dispuesto en el Artículo 11 de la Ley Núm. 194 del 4 de agosto de 1979

Fecha de recibo de esta solicitud _____

Aprobada _____ Denegada _____ Fecha _____

Nombre del solicitante _____

Dirección _____
Calle, Número, Pueblo, Cuidad, Zip Code

Dirección Postal _____

Nacionalidad / Ciudadanía _____

Nombre y dirección o localización de escuela/colegio de medicina donde estudió y se
graduó _____

Nombre de Agencia donde trabajara _____

Dirección y número de teléfono de la agencia _____

Nombre, dirección y número de teléfono del Médico Veterinario licenciado que será supervisor

inmediato del solicitante _____

HORARIO OFICIAL DE FUNCIONES

DÍAS	AM.	PM.	TOTAL DE HORAS
lunes			
martes			
miércoles			
jueves			
viernes			
sábado			
domingo			

Entiendo que ejerceré la medicina veterinaria bajo la supervisión inmediata del medico veterinario licenciado _____ como preceptor, bajo las condiciones de la Ley Núm. 194, del 4 de agosto de 1979 y el reglamento, y que la licencia provisional expirara al concluir la primera sesión de exámenes de revalida que se celebra en fecha subsiguiente a la fecha de expedición de tal licencia.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

Para ser cumplimentado por el medico veterinario preceptor:

He leído la solicitud de _____ para una licencia provisional, y entiendo que solo ejercerá la profesión de medicina veterinaria bajo mi supervisión directa.

Firma Médico Veterinario

Número de Licencia Médico Veterinario

AVISO:

Para la solicitud de Licencia Provisional deberá hacer pago por la cantidad de **\$50.00 (NO REEMBOLSABLES)**. Métodos de pago: ATH, VISA, MasterCard, Giro postal o Cheque Certificado a nombre de **Secretario de Hacienda.**

NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS.

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO

EXT. 6561 / EMAIL: gonzalez.juliany@salud.pr.gov

PO Box 10200, San Juan, PR 00908-0200 | 787-999-8989 | www.salud.pr.gov