

## SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales

## Junta Examinadora de Consejeros Profesionales SOLICITUD PARA CERTIFICADO DE MENTOR

Nombre:	
Apellidos	Nombre Inicial
Dirección física:	
D:	
Dirección postal:	
Teléfonos:,	
Correo electrónico:	
Número de Licencia de Consejero/a Profesional: _	Núm. de Registro:
Presentar evidencia de seis (6) horas de preparaci de la consejería o supervisión clínica dentro de los ser una de las siguientes:	r la Junta Examinadora de Consejeros ervisión en consejería o supervisión clínica
Requisitos que ha presentar para la evaluación d	le esta solicitud:
1. Copia de la Certificación de Registro vigent 2. Certificado de Antecedentes Penales (No m 3. Certificación Negativa de Asume 4. Un (1) sobre pre – dirigido con sello	
Fecha de radicación	Firma del solicitante

Esta solicitud será válida por un período de tres (3) años simultáneo a la fecha de vigencia del Certificado de Registro. **No se aceptarán solicitudes incompletas.** REV. OCTUBRE/2025