



Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico

Solicitud para Licencia Provisional

Nombre: _____

Fecha de Radicación: _____

Cualquier información falsa en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para cancelar la licencia, después de expedida. Por la presente solicito licencia para ejercer la profesión de Tecnólogo en Medicina Nuclear y bajo juramento someto las siguientes declaraciones.

AFFIDAVIT

Estado o
Territorio _____

Pueblo o
Ciudad de _____

AQUI
FOTOGRAFIA
RECIENTE
TIPO
PASAPORTE

Yo, debidamente juramento y expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud de licencia, que resido en Puerto Rico, que todas las declaraciones que ésta contiene son verídicas, que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y fue tomada recientemente.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Suscrito y jurado ante mi hoy día _____ de _____ de _____ en
_____ bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT NUM. _____

FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO

JUNTA EXAMINADORA DE TECNÓLOGOS EN MEDICINA NUCLEAR DE PUERTO RICO

P.O. BOX 10200
SAN JUAN, PR 00908-0200
TEL. (787) 765-2929 EXT. 6607
myrmet.gonzalez@salud.pr.gov



EL SOLICITANTE DEBERA LLENAR LOS SIGUIENTES ENCASILLADOS

(Llénese en letra de molde y tinta azul)

Nombre: _____

Fecha Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Seguro Social: _____ - _____ - _____ Teléfonos _____

CORRELECTRONICO: _____

Dirección Postal: _____

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? **Si** _____ **No** _____.

En caso negativo explique:

Lugar dónde se encuentra trabajando _____

Dirección y Número de Teléfono _____

¿Ha sido convicto de delito grave o menos grave? **Si** _____ **No** _____.

En caso afirmativo explique en papel aparte y adjúntelo a la solicitud.

JUNTA EXAMINADORA DE TECNÓLOGOS EN MEDICINA NUCLEAR DE PUERTO RICO

P.O. BOX 10200

SAN JUAN, PR 00908-0200

TEL. (787) 765-2929 EXT. 6607

mymet.gonzalez@salud.pr.gov



¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad o condición? **Si**_____ **No**_____. Sí contesta afirmativo, someta Certificado Médico que explique la enfermedad y la condición de la misma a la fecha de esta solicitud.

Necesita acomodo razonable: **Si**_____ **No**_____.

De contestar sí, favor presentar evidencia médica que explique la razón para dicho acomodo.

PREPARACIÓN ACADÉMICA

Nombre de la Universidad donde obtuvo el grado de Bachillerato en Ciencias Tecnología Medicina Nuclear _____

Dirección de la Universidad donde obtuvo el grado de Bachillerato en Ciencias Tecnología Medicina Nuclear _____

INFORMACIÓN DEL LUGAR DONDE VA A TRABAJAR

Fecha de comienzo _____

Teléfono de la Agencia donde trabajará _____ Número de Fax _____

Nombre del Supervisor (a) inmediato _____

Letra de Molde

Número de Licencia del Supervisor (a) _____

Título del puesto del Supervisor (a) _____

Dirección postal del lugar donde trabajará _____

JUNTA EXAMINADORA DE TECNÓLOGOS EN MEDICINA NUCLEAR DE PUERTO RICO

P.O. BOX 10200

SAN JUAN, PR 00908-0200

TEL. (787) 765-2929 EXT. 6607

mymet.gonzalez@salud.pr.gov



Dirección física del lugar donde trabajará _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

HORARIO OFICIAL DE FUNCIONES

Días	A. M.	P. M.	Total Horas
lunes			
martes			
miércoles			
jueves			
viernes			
sábado			
domingo			



NOMBRE DEL PROFESIONAL: _____

CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA MORAL

(Para ser firmado por dos profesionales de la salud)

Los abajo firmantes, CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico, que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona responsable, serio(a) y de buena conducta moral, por lo cual la consideramos apto(a) para ejercer la profesión de Tecnólogo en Medicina Nuclear.

Nombre completo

Nombre completo

Dirección

Dirección

Profesión y número de licencia

Profesión y número de licencia

Firma

Firma

JUNTA EXAMINADORA DE TECNÓLOGOS EN MEDICINA NUCLEAR DE PUERTO RICO

P.O. BOX 10200
SAN JUAN, PR 00908-0200
TEL. (787) 765-2929 EXT. 6607
mymet.gonzalez@salud.pr.gov



REQUISITOS

- ____ 1. Solicitud debidamente cumplimentada en todas sus partes.
- ____ 2. **ORIGINAL** Certificado de Antecedentes Penales de Puerto Rico (No más de seis meses de expedido).
- ____ 3. **ORIGINAL Y COPIA** Certificado de Nacimiento.
- ____ 4. **ORIGINAL** Certificado de Salud.
- ____ 5. **ORIGINAL Y COPIA** del Diploma de Bachillerato en Ciencias Tecnología Medicina Nuclear.
- ____ 6. **ORIGINAL** Transcripción de Créditos **OFICIAL** y **ORIGINAL** de Certificación de grado **OFICIAL**. Deberá ser enviado por la Institución a la Junta a la siguiente dirección:

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud
Junta Examinadora de Tecnólogos en Medicina Nuclear de Puerto Rico
P.O. Box 10200
San Juan, PR 00908-0200

- ____ 7. **GIRO POSTAL O BANCARIO** a nombre del Secretario de Hacienda que se desglosan como siguen: Puede pagar también con ATH que no tenga logotipo de Visa ni Mastercard.

➤ **\$30.00 dólares (No reembolsables) – Licencia Provisional**

NOTA: *Esta solicitud no podrá ser procesada hasta tanto el candidato haya sometido **TODA** la evidencia que la misma requiere.*