



Formulario de Solicitud de Examen de Reválida Junta de Farmacia de Puerto Rico

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde y tinta azul

Información Personal

Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Inicial

Seguro Social Fecha de Nacimiento F M
*Últimos 4 dígitos día/mes/2020

Ciudadanía: _____

Teléfono Celular Teléfono Hogar Teléfono Trabajo

e-mail Ejemplo: user@yahoo.com

Información de Contacto
Dirección Postal

Examen:

INTEGRADO TÉCNICO DE
FARMACIA

País, Ciudad, Código Postal

Número de Intento: _____
Institución de Procedencia: _____

Para uso de la ORCPS: Certificado Permanente: _____ Fecha: _____

Visto Bueno: _____



Solicitud de Examen de Técnico de Farmacia

Número de Certificado Interno Técnico de Farmacia: _____

Fecha de expedición: _____

Colegio donde Estudia _____ Año de Graduación _____

**ADHIERA
FOTOGRAFIA
RECIENTE,
AUTOGRAFIADA
TAMAÑO
PASAPORTE
2 x 2**

DECLARACION JURADA (AFFIDAVIT)

Estado o Territorio _____ Pueblo o ciudad de _____ yo,

NOMBRE COMPLETO DEL SOLICITANTE

Bajo JURAMENTO expongo que soy la persona a quien se refiere esta solicitud, que las declaraciones que la misma contiene son verídicas, que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y que fue tomada recientemente.

FIRMA DEL SOLICITANTE

JURADO Y SUSCRITO ANTE MÍ, hoy _____ de _____ de

_____ en _____, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT NUM.: _____



SELLO
DEL
NOTARIO

FIRMA DEL NOTARIO PÚBLICO



EL SOLICITANTE DEBERA LLENAR LOS SIGUIENTES ENCASILLADOS

(Llénese a maquinilla o letra de molde con tinta azul)

NOMBRE: _____

DIRECCION POSTAL: _____

ULTIMOS CUATRO NUM. SEGURO SOCIAL #: _____

TEL. _____ CEL. _____

EMAIL: _____

FECHA DE NAC.: ____/____/____ LUGAR DE NAC.: _____
Día Mes Año

NUMERO DEL CERTIFICADO DE INTERNO DE TECNICO DE FARMACIA: _____

FECHA DE EXPEDICION DEL CERTIFICADO: _____

Certificado de Solvencia Moral

(Para ser firmado por ciudadanos que conozcan al solicitante personalmente)

CERTIFICAMOS QUE CONOCEMOS PERSONALMENTE A: _____

_____ desde hace _____ años y lo consideramos persona que goza de buena reputación moral en la comunidad.

NOMBRE

NOMBRE

DIRECCION

DIRECCION

TELEFONO

TELEFONO

**CERTIFICACION DE APRENDIZAJE POR UN FARMACEUTICO
AUTORIZADO**



(Para ser completado por el Preceptor)

Por la presente Certifico a la Honorable Junta de Farmacia de Puerto Rico que _____, trabajó como INTERNO DE

NOMBRE DEL ASPIRANTE
TECNICO DE FARMACIA bajo mi supervisión directa durante el período comprendido desde _____ hasta _____, para un total de _____ meses y _____ horas de práctica.

FIRMA DEL PRECEPTOR

NUM. LICENCIA

NUM. REGISTRO Y FECHA DE EXPIRACION

Suscrito y jurado ante mí hoy _____ de _____ de _____ en _____, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT NUMERO: _____

FIRMA DEL NOTARIO PUBLICO

CERTIFICACION DE APRENDIZAJE POR UN FARMACEUTICO AUTORIZADO

(Para ser completado en caso de Cambio de Preceptor)

Por la presente Certifico a la Honorable Junta de Farmacia de Puerto Rico que _____, trabajó como INTERNO DE

NOMBRE DEL ASPIRANTE
TECNICO DE FARMACIA bajo mi supervisión directa durante el período comprendido desde _____ hasta _____, para un total de _____ meses y _____ horas de práctica.

FIRMA DEL FARMACEUTICO

NUM. LICENCIA

NUM. REGISTRO Y FECHA DE EXPIRACION

Suscrito y jurado ante mí hoy _____ de _____ de _____ en _____, Puerto Rico, bajo mi firma y sello.

AFFIDAVIT NUMERO: _____

FIRMA DEL NOTARIO PUBLICO



Certificado Médico

Yo, _____, médico
NOMBRE DEL MEDICO

autorizado a ejercer en Puerto Rico mediante la licencia número
_____, expedida por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de
Puerto Rico o el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico.

Certifico que he examinado a _____
NOMBRE DEL SOLICITANTE

Encontrándole en buen estado general de salud.

FECHA

FIRMA DEL MEDICO AUTORIZADO

INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE

(REQUISITOS para acompañar con la solicitud)



CURSO ACADÉMICO:

1. Solicitud de Examen de Técnico de Farmacia debidamente cumplimentado en todas sus partes.
2. Certificado Médico (Adjunto a solicitud cumplimentado por un Médico licenciado en goodstanding De solicitar acomodo razonable, favor de traer evidencia médica y/o carta de rehabilitación vocacional.
3. ORIGINAL Y FOTOCOPIA del Diploma de Escuela Superior.
4. ORIGINAL Transcripción de Crédito de Escuela Superior.
5. ORIGINAL Y FOTOCOPIA del Diploma o Certificación del curso de Técnico de Farmacia.
6. ORIGINAL de Transcripción de Crédito del curso de Técnico de Farmacia, ésta deberá ser enviada por la Universidad o Colegio directamente a la Junta.
7. ORIGINAL del Horario de Práctica debidamente desglosado y firmado por su preceptor.
8. ORIGINAL del Certificado de Interno de Técnico de Farmacia.
9. Certificado de Antecedentes Penales con hoja de validación (No más de 30 días de expedido).
10. Certificación negativa de ASUME reciente.
11. ORIGINAL Y FOTOCOPIA reciente del Certificado de Nacimiento.
12. ORIGINAL Y FOTOCOPIA de la Tarjeta del Seguro Social.
13. Puede realizar su pago con GIRO POSTAL O BANCARIO a favor del *Secretario de Hacienda* por la cantidad de **\$150.00** en nuestras oficinas. También pueden realizar el pago mediante ATH, VISA o MASTERCARD.
14. Pago electrónico por la cantidad de **\$60.00** a nombre de **DIDAXIS** a través de ATH, VISA O Mastercard. Didaxis le enviará vía correo electrónico el enlace para hacer el pago.
15. Un sobre pre-dirigido con sello del correo.

**NOTA: NO SE ACEPTARÁN SOLICITUDES INCOMPLETAS,
TAMPOCO DESPUÉS DE LA FECHA LÍMITE**