

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

**SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO DE
INACTIVACIÓN DE LICENCIA PERMANENTE**

Nombre: _____

Dirección: _____

Profesión: _____

Núm. Licencia: _____ Núm. Registro: _____

Correo electrónico: _____

Solicito a la Junta Examinadora _____ inactivar mi licencia, ya que no estoy ejerciendo mi profesión por motivo de _____

Certifico que lo declarado es correcto y que entiendo lo que implica la inactivación de mi licencia, así como mi obligación de solicitar la reactivación de esta antes de volver a ejercer.

Fecha de la solicitud: _____ Firma: _____

PARA USO OFICIAL

Deberá pagar penalidades por trienios vencidos a partir del año 1998.

Cantidad a pagar: \$ _____ Fecha de Vencimiento: _____

ADVERTENCIA:

Una licencia en estado inactivo significa que se suspende el derecho del profesional a ejercer, pero ello no implica que el profesional pierda la licencia. Una licencia inactiva deberá ser reactivada por la Junta Examinadora antes de volver a ejercer. Para reactivar su licencia, el profesional deberá notificar a la Junta su intención de reintegrarse a su profesión y solicitar reactivación. La Junta podrá imponer ciertos requisitos para reactivar una licencia.

Atendido por: _____ Fecha: _____

Fecha de inactivación en sistema: ____/____/____ Técnico: _____

Deberá coordinar su cita en la plataforma de turnos:

<https://profesionalesdelasalud.turnospr.com/>

