



DEPARTAMENTO DE SALUD
SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

SOLICITUD DE: ☐ DUPLICADO ☐ SUSTITUCIÓN

_____ LICENCIA PERMANENTE
_____ LICENCIA PROVISIONAL
_____ CUALQUIER OTRO DOCUMENTO

Fecha: _____

Nombre: _____
NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE MOLDE

Dirección Postal: _____

Número de Tel.: _____ Correo electrónico: _____

Profesión: _____ Número de Licencia: _____

Fecha de Expedición: _____

Razón de la solicitud: _____

Firma del Solicitante: _____

****ESTE DOCUMENTO DEBE SER LLENADO EN TODAS SUS PARTES****

REQUISITOS PARA SOLICITAR DUPLICADO DE LICENCIA:

1. Giro postal a nombre del Secretario de Hacienda, Tarjetas Ath, Visa y MasterCard. Lista de los costos adjunta.
2. Declaración Jurada ante un Abogado Notario (**solo para Duplicado**)
3. Para sustitución de licencia debe entregar la licencia Original y/o documento del Tribunal por cambio de nombre Ej. Apellidos por casados.
4. Un sobre con sello y dirección postal. (Pre-dirigido)