Foto 2x2

Autografiada

**SOLICITUD DE LICENCIA PROVISIONAL**

Por la presente solicito se me expida una licencia provisional para trabajar como médico:

Interno \_\_\_\_\_\_ Residente \_\_\_\_\_\_ Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_

A trabajar en: ­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comenzando en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Terminando en: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A estos efectos, someto la siguiente información: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Calle Número Urbanización

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Pueblo País Zip Code

Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Día Mes Año Ciudad y/o País

Núm. Seguro Social: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudadanía Estados Unidos: Sí \_\_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_\_

Otra: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Extranjeros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Número de permiso de entrada de residente y fecha de expedición

Institución donde se graduó: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de graduación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha sido usted convicto por algún delito grave o menos grave en Puerto Rico o en algún otro estado o país? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

¿Ha estado usted bajo tratamiento médico por haber dependido o utilizado drogas o alcohol? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

¿Ha sido usted hospitalizado por alguna enfermedad mental, adicción a drogas o alcohol? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

¿Ha sido usted convicto por ejercer ilegalmente la medicina, la acupuntura, alguna especialidad no   
certificada por la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica o cualquier otra profesión en Puerto Rico   
o en algún estado o país? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

¿Ha sido usted arrestado, acusado, encarcelado o colocado en probatoria por cualquier caso  
radicado en su contra por cualquier violación de la Ley, reglamento, u ordenanza municipal? Sí\_\_\_\_ No\_\_\_\_

CERTIFICO: Que la información aquí suministrada es correcta y verdadera. Entiendo que cualquier información falsa   
o incorrecta ofrecida por mí en esta solicitud puede ser causa para denegar la misma y/o para iniciar un proceso   
disciplinario en mi contra.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
 Firma del Solicitante Fecha