



Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
**DEPARTAMENTO DE ESTADO**

Secretaría Auxiliar de Juntas Examinadoras

PO Box 9023271

San Juan, P.R. 00902-3271

**JUNTA EXAMINADORA DE ACTORES DE TEATRO**

Teléfono: 724-2122

**SOLICITUD DE ACREDITACION PARA EJERCER LA PROFESION DE ACTOR**

(SIN EXAMEN)

Esta solicitud deberá ser cumplimentada por aquellas personas que prueben reunir los requisitos establecidos en el Artículo 5 (a, b, c) de la Ley Núm. 134 del 15 de julio de 1986, que reglamenta la profesión de Actor en Puerto Rico, aprobada el 15 de julio de 1986.

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegar o cancelar la licencia después de expedida o penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

\_\_\_\_\_ ASPIRANTE

\_\_\_\_\_ PROFESIONAL

*Información del Solicitante*

Nombre \_\_\_\_\_  
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_  
día - mes - año

Núm. Seguro Social \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_

Dirección Residencial \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Teléfono Oficina \_\_\_\_\_

**-- REQUISITOS --**

**ACTOR PROFESIONAL**

**ASPIRANTE ACTOR**

1. Certificado de Antecedentes Penales Original y Reciente.
2. Dos fotos tamaño 2 x 2".
3. Evidencia de Preparación Académica o de la experiencia en Obras de Teatro certificado por los productores.
4. Dos recibos de Rentas Internas (copia amarilla), uno por la cantidad de \$15.00 ingresado a la cifra de cuenta 5140 y otro por la cantidad de \$85.00 ingresado a la cifra 5143.
5. Ser mayor de dieciocho (18) años de edad.

1. Certificado de Antecedentes Penales Original y Reciente.
2. Dos fotos tamaño 2" x 2".
3. Dos recibos de Rentas Internas (copia amarilla), uno por la cantidad de \$15.00 ingresado a la cifra de cuenta 5140 y otro por la cantidad de \$45.00 ingresado a la cifra 5143.
4. Ser mayor de dieciocho (18) años de edad.

# AFFIDAVIT

Yo, \_\_\_\_\_, bajo juramento declaro; [1] que soy el (la) solicitante en el presente documento; [2] que los hechos en el mismo expuestos son ciertos y me constan; que las fotos adjuntas (2) me fueron tomadas recientemente.

El solicitante CERTIFICA que no tiene deudas por concepto de pago de Pensión Alimenticia o ejecutó y satisface un plan de pago al efecto con la Administración para el Sustento de Menores adscrito al Departamento de la Familia, de conformidad con lo dispuesto en la Ley Núm. 86 del 17 de agosto de 1994. (Deberá someter certificación negativa expedida por ASUME)

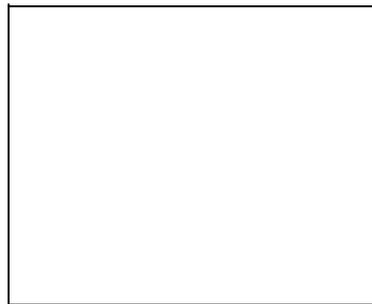
En \_\_\_\_\_, Puerto Rico a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

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

Jurada y suscrita ante mí por \_\_\_\_\_, de las circunstancias personales antes indicadas, a quien doy fe de conocer o haber identificado mediante \_\_\_\_\_.

En \_\_\_\_\_, Puerto Rico a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

**FOTO**  
  
2" X 2"  
Grapada  
No Pegada y  
Firmada al dorso  
  
**FOTO**



Affidávit Número \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario Público

**SELLO DEL NOTARIO**

## IMPORTANTE

**VERIFIQUE SU SOLICITUD ANTES DE SOMETERLA A LA JUNTA, QUE ESTÉ DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA DE ACUERDO A LOS REQUISITOS. NO SE PROCESAN SOLICITUDES INCOMPLETAS.**

## REFERENCIAS PROFESIONALES

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, residente en \_\_\_\_\_

por la presente declaro que me consta de propio conocimiento que \_\_\_\_\_

desempeña o desempeñó funciones como Actor en esta Compañía Teatral desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_ Firma y Dirección de su Productor

Yo, \_\_\_\_\_ mayor de edad, residente en \_\_\_\_\_

por la presente declaro que me consta de propio conocimiento que \_\_\_\_\_

desempeña o desempeñó funciones como Actor en esta Compañía Teatral desde \_\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_\_.

Nombre de la Compañía \_\_\_\_\_ Firma y Dirección de su Productor

## INSTRUCCION ACADEMICA

**Nombre y Dirección de la Institución**  
**Escuela Superior / Universidad**

**Año que Asistió**  
**Desde / Hasta**

**Graduado**  
**Sí o No**

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

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

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

## CURSO DE ACTUACION, TEATRO DE TITERES, CANTO, BAILE, PANTOMIMA

**Nombre de la Institución y Curso**

**Año que Asistió**  
**Desde / Hasta**

**Graduado**  
**Sí o No**

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

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

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

(Esta parte será completada por las personas que solicitan licencia a base de experiencia y no de los requisitos académicos)

### ESPECIFIQUE SITIOS EN QUE HA DESEMPEÑADO FUNCIONES COMO ACTOR

	<b>Compañía de Teatro</b>	<b>Obra</b>	<b>Personaje que Desempeño</b>	<b>Fecha Puesta en Escena</b>
1.	_____	_____	_____	_____ . _____ . _____
2.	_____	_____	_____	_____ . _____ . _____
3.	_____	_____	_____	_____ . _____ . _____
4.	_____	_____	_____	_____ . _____ . _____
5.	_____	_____	_____	_____ . _____ . _____
6.	_____	_____	_____	_____ . _____ . _____

### ACUERDO DE JUNTA

Los abajo firmantes, miembros de la Junta Examinadora de Actores de Teatro de Puerto Rico, tomaron la siguiente determinación en esta solicitud.

**Acta Número** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Recomendamos se aprueba esta solicitud

Recomendados denegar esta solicitud

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE (A)

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE (A)

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO (A)

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO (A)

\_\_\_\_\_  
MIEMBRO

Razones por la cual se deniega esta solicitud

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