Fecha de Radicación

[ ] . [ ] . [ ]

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE ESTADO
Secretaría Auxiliar de Juntas Examinadoras
JUNTA EXAMINADORA DE ESPECIALISTAS EN BELLEZA

PO Box 9023271
San Juan, P.R. 00902-3271
Teléfono: (787) 722-2122

Solicitud de Licencia de Especialista de Belleza

Nombre _____
Primer Apellido Segundo Apellido Nombre

Dirección Postal: _____ Dirección Residencial (Si es distinta a la Postal) _____

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____
mes - día - año Pueblo / País

Teléfonos: _____ _____ Seguro Social _____
Residencial Trabajo

El solicitante CERTIFICA que no tiene deudas por concepto de pago de Pensión Alimentaria 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 de 17 de agosto de 1994.

_____ _____
Fecha Firma del Solicitante

I M P O R T A N T E

Antes de llenar esta solicitud, lea las instrucciones y los requisitos de licencia que solicita en la última página.

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

- PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA -

_____ Aprobada Lic. Núm. _____ Fecha Exp. _____

_____ Denegada Razón: _____

_____
Presidente

_____ _____
Miembro Miembro

_____ _____
Miembro Miembro

Acta Número: _____ Fecha _____

AFFIDAVIT

Yo, _____, bajo juramento declaro ser la persona a quien se refiere esta solicitud, que lo expuesto y lo que ésta solicitud contiene es verídico y que la fotografía adjunta es de mi persona y fue tomada durante los últimos tres meses.

Que aspiro a ejercer la Profesión de Especialista en Belleza y que conozco las leyes y reglamentos que regulan esta licencia.

Una fotografía 2 x 2", firmada al dorso y tomada durante los últimos tres (3) meses.

En _____, Puerto Rico a _____ de _____ de _____.

_____
Firma del Solicitante

Afidávit Número _____

Jurada y suscrita ante mi por _____, de las circunstancias personales antes indicadas, a quien doy fe de conocer o haber identificado mediante _____
_____

En _____, Puerto Rico a _____ de _____ de _____.

SELLO DEL NOTARIO

_____
Firma del Notario Público

NOTA: En la próxima página se encuentra la certificación de la Institución en la cual usted estudió.

CERTIFICACION DE ESTUDIOS

Por la presente se certifica que : _____ se matriculó en
Nombre del Estudiante

esta institución en _____ . _____ . _____ y aprobó satisfactoriamente en _____
Fecha de Comienzo Fecha de Terminación

_____ el curso de Especialista en Belleza.

Nombre y dirección de la Institución

_____

_____

Nombre del Director o Representante

_____
Firma

_____ . _____ . _____
Fecha

INCLUIR SELLO OFICIAL DE LA INSTITUCION

CERTIFICACION MEDICA

Por la presente **CERTIFICO** que soy médico autorizado a ejercer, que he examinado a _____ el día ___ de _____ de _____, encontrando lo siguiente:

1. Análisis Wasserman informado por un laboratorio reconocido
   Positivo ___ Negativo ___
   Si es positivo ¿está en una etapa contagiosa? _____
   Nombre del Laboratorio que sometió el informe _____
   Número del Informe del Laboratorio _____

2. Evidencia de Tuberculosis
   Positivo ___ Negativo ___
   Si es positivo ¿está en una etapa contagiosa? _____

3 ¿ Está el paciente libre de cualquier otra enfermedad infecciosa o contagiosa? _____

4. ¿Tiene el paciente algún defecto físico o mental? _____
   Indique: _____

_____ _____
Firma del Médico Número de Licencia

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
DEPARTAMENTO DE ESTADO
Secretaría Auxiliar de Juntas Examinadoras

REQUISITOS PARA EXAMEN Y LA LICENCIA DE ESPECIALISTAS EN BELLEZA

	SI	NO
REQUISITOS DE LEY		
Leer la Ley #431 del 15 de mayo de 1950 que reglamenta la profesión de Especialista en Belleza, según enmendada por las Leyes #201 del 3 de mayo de 1951 y 82 del 13 de junio de 1986, antes de llenar esta solicitud.		
REQUISITOS PARA LA SOLICITUD DE EXAMEN O REEXAMEN		
Diploma de Escuela Superior.	☐	☐
Original y Copia del Diploma del Curso de Cosmetología	☐	☐
Someter un Rcibo de Pago de Rentas Internas ingresados a la cuenta según aplique:		

	5140	5143	Total		
Examen	$2.00	98.00	$100.00	☐	☐
Re-examen		50.00	50.00	☐	☐

DOCUMENTOS A SOMETER CON LA SOLICITUD (Luego de Aprobado el Examen)		
Recibo de pago de Rentas Internas, uno por la cantidad de dos dólares con cincuenta centavos ($2.50) ingresado a la cifra 5140 y otro por veintisiete dólares con cincuenta centavos ($27.50) a la cifra 5143.	☐	☐
Certificación del Departamento de Educación demostrativa de que cursó hasta el octavo grado (ó su equivalente), original y copia del Diploma de Especialista en Belleza.	☐	☐
Solamente se aceptarán graduados de escuelas reconocidas por la Junta o por el Departamento de Educación.	☐	☐
Edad mínima para solicitar dieciseis (16) años. Los solicitantes entre los 16 y 18 años deberán acompañar con esta solicitud un certificado de empleo de acuerdo con la Ley #230 del 12 de mayo de 1942, según enmendada. (Véase artículo 6to. de la Ley #431 de 1950).	☐	☐
Certificado de Salud de Unidad Pública (ORIGINAL) o de Médico Privado.	☐	☐
Certificado Negativo de Antecedentes Penales en original y reciente. (Este certificado vente a los seis meses)	☐	☐
Licencia de Reciprocidad: Además de los requisitos anteriores que apliquen a su caso en particular, original y copia de la Licencia del Estado. Comprobante de Rentas Internas de cincuenta ($50.00) dólares ingresado a la cifra de ingreso 5143.	☐	☐
Certificación de Pensión Alimentaria del Departamento de la Familia (ASUME)	☐	☐

_____ Nombre del Oficial que Coteja

_____ Fecha