



Fecha de Radicación

Incluir 2 fotografías  
tamaño 2 x 2

Estado Libre Asociado de Puerto Rico  
DEPARTAMENTO DE ESTADO  
Secretaría Auxiliar de Juntas Examinadoras  
JUNTA EXAMINADORA DE OPERADORES  
DE PLANTAS DE TRATAMIENTO DE  
AGUA POTABLE Y DE AGUAS USADAS

PO Box 9023271  
San Juan, P.R. 00902-3271

Teléfono: 722-2122

**SOLICITUD DE LICENCIA DE OPERADOR DE PLANTA  
DE TRATAMIENTO**

CLASE	<input type="checkbox"/> Tratamiento de Agua Potable	<input type="checkbox"/> Tratamiento de Aguas Usadas		
CATEGORIA	<input type="checkbox"/> Operador I	<input type="checkbox"/> Operador II	<input type="checkbox"/> Operador III	<input type="checkbox"/> Operador IV

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

Dirección Residencial \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo \_\_\_\_\_

Número Seguro Social \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ mes - día - año      Sexo \_\_\_\_\_ (F o M)      Estatura \_\_\_\_\_ pulgadas      Peso \_\_\_\_\_ lbs.

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos de América?     Sí             No

Si su contestación a la pregunta anterior es **NO** indique lo siguiente:

País de procedencia \_\_\_\_\_

Número de certificado de residencia o naturalización: \_\_\_\_\_

Fecha en que vino a residir en Puerto Rico \_\_\_\_\_ (mes - día - año)

Empresa con la cual trabaja: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **EDUCACION**

Nombre y Dirección de la Institución Postsecundaria	Fecha	Diploma o Número de Créditos en Física, Biología, Química o Matemáticas

Otros Cursos o Entrenamientos	Fecha	Debe someter evidencia

## **EXPERIENCIAS**

Nombre de la Empresa y Dirección	Fecha	Detalle de sus Funciones

¿Ha sido convicto de algún delito en o fuera de Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
--	-----------------------------	-----------------------------

Si su respuesta a la pregunta anterior es afirmativa deberá someter junto a esta solicitud el "Formulario Información Relacionada con Antecedentes Penales" provisto por la Junta en estos casos.

## **DECLARACION JURADA**

Yo, \_\_\_\_\_, bajo juramento declaro; [1] que soy el solicitante en el presente documento; [2] que los hechos en el mismo expuesto son ciertos y me constan de propio y personal conocimiento.

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 del 17 de agosto de 1994.

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

Affidavit Número: \_\_\_\_\_

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

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

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

Sello del Notario

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

**PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA**

**ACCION TOMADA POR LA JUNTA**

Acta Número \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Recomendamos se apruebe esta solicitud

Recomendamos denegar esta solicitud

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE

\_\_\_\_\_  
PRESIDENTE

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO

\_\_\_\_\_  
SECRETARIO

\_\_\_\_\_  
MIEMBRO

\_\_\_\_\_  
MIEMBRO

\_\_\_\_\_  
MIEMBRO

\_\_\_\_\_  
MIEMBRO

\_\_\_\_\_  
MIEMBRO

\_\_\_\_\_  
MIEMBRO

**Razones por la cual se deniega la solicitud**

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

Número de Licencia \_\_\_\_\_

Fecha de Aprobación \_\_\_\_\_



*Estado Libre Asociado de Puerto Rico*  
**DEPARTAMENTO DE ESTADO**  
*Secretaría Auxiliar de Juntas Examinadoras*  
*Junta Examinadora de Operadores de Plantas de Tratamiento*  
*de Agua Potable y de Aguas Usadas*

## REQUISITOS PARA LA LICENCIA DE OPERADOR DE PLANTA DE TRATAMIENTO DE AGUAS POTABLE Y USADAS DE PUERTO RICO

### INSTRUCCIONES PARA EL SOLICITANTE

***Documentos a someter con la Solicitud de Examen o Reexamen***

- Certificación de las materias, Biología, Química, Física, Matemáticas, Salud Pública, Proceso de Tratamiento de Aguas, Leyes y Reglamentos, Mantenimiento y Seguridad de la Planta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Someter dos (2) recibos de pagos de Rentas Internas ingresados a la cuenta según aplique:		
<b>5140</b>	<b>5143</b>	<b>Total</b>
Examen	\$10.00	90.00
Re-Examen		50.00
	100.00	50.00
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Requisitos para la Licencia de Operador de Plantas de Tratamiento de Agua Potable y Aguas Usadas de Puerto Rico (Luego de aprobado el examen)***

	<b>SI</b>	<b>NO</b>
- Dos (2) fotos tamaño 2" x 2" tomadas recientemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Un comprobante (copia amarilla) por la cantidad de \$50.00 dólares a la Cifra de Ingreso 5143.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Copia del Diploma de Escuela Superior o su equivalente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- En los casos de las Solicitudes de Licencia de Operador I, II ó III, someter transcripción de créditos, o certificación de experiencia conforme a lo establecido en el Inciso C del Artículo IV del Reglamento de Certificación de Operadores, del patrono debidamente identificado. Adiestramiento o curso en la Operación de Plantas en la categoría que corresponde y la clase ya sea Usadas o Potables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- En los casos de las Solicitudes de Licencia de Operador IV, someter copia del Certificado o Diploma de graduación (incluyendo una transcripción de créditos) certificada por la Universidad o Institución Privada o una Certificación del patrono identificada, indicando toda la información que usted realiza como Operador de Plantas e indicando la categoría y clase de Planta que usted opera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Certificado Negativo de Antecedentes Penales en original. (no más de seis de haberse expedido).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nombre, dirección y teléfono de tres personas, mayores de edad y que no sean parientes del solicitante. Esta persona debe de poseer buena reputación moral y experiencia profesional, si alguna.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Certificación negativa de Pensión Alimentaria (ASUME)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del Oficial que Coteja

Fecha