

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud
JUNTA EXAMINADORA DE CONSEJEROS EN REHABILITACION
Call Box 10200
Santurce, PR 00908-0200
Tel. 725-8161

Solicitud para la evaluación de Consejeros en Rehabilitación.

YO,

Nombre

Apellido Paterno

Apellido Materno

Seguro Social:

de profesión

mayor de edad, estado civil

y vecino. (a) de

Puerto Rico bajo juramento declaro que la información que apaecea
continuaciones correcta y verdadera.

1- Que aspiro a ejercer la profesión de Consejero en Rehabilitación en Puerto Rico.

2- Que mi dirección postal actual es:

3- Dirección residencial:

4- Fecha y lugar de nacimiento:

¿Es ciudadano de los Estados Unidos?

foto 3 x 3

5- Agencia para la cual trabaja y dirección:

INFORMACION RELACIONADA - RECIPROCIDAD

Indique si posee licencia de algún Estado de los Estados Unidos o de algún país extranjero

Número de Licencia

Fecha de Expedición

CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA MORAL

(Para ser llenado por dos (2) profesionales relacionados con la salud, que puedan dar fe de sus cualidades profesionales)

Los abajo firmantes CERTIFICAMOS A LA JUNTA EXAMINADORA DE PATOLOGOS DEL HABLA-LENGUAJE, AUDIOLOGOS Y TERAPISTAS DEL HABLA-LENGUAJE que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta, de propio conocimiento, que es persona responsable, respetable y de buena conducta moral, por lo cual le consideramos apto (a) para ejercer la profesión de:

(1 er) LIC

NOMBRE	FIRMA	
--------	-------	--

DIRECCION

(2 do) LIC

NOMBRE	FIRMA	
--------	-------	--

DIRECCION

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA

FECHA:	ACTA #
SOLICITUD ACEPTADA	SOLICITUD DENEGADA
PRESIDENTE	VICE - PRESIDENTE
MIEMBROS:	

HOJA DE COTEJO

NOMBRE

PATOLOGOS DEL HABLA LENGUAJE

TERAPISTAS DEL HABLA LENGUAJE

AUDIOLOGOS

1. SOLICITUD DEBIDAMENTE CUMPLIMENTADA
2. FOTO RECIENTE A COLOR (TIPO PASAPORTE)
3. EVIDENCIA DE HABER RESIDIDO EN PUERTO RICO DURANTE LOS ULTIMOS SEIS MESES ANTERIORES A LA FECHA DE SOLICITUD DE LA LICENCIA (ESTA INCLUIDO EN LA AFFIDAVIT)
4. DIPLOMA DE ESCUELA SUPERIOR (ORIGINAL Y COPIA O SU EQUIVALENTE)
5. CHEQUE CERTIFICADO O GIRO POSTAL A NOMBRE DEL SECRETARIO DE HACIENDA

TERAPISTAS DEL HABLA-LENGUAJE

LICENCIA CON EXAMEN	\$25.00
LICENCIA PROVISIONAL	\$50.00
RE-EXAMEN	\$45.00

PATOLOGOS DEL HABLA-LENGUAJE Y AUDIOLOGOS

LICENCIA CON EXAMEN	\$50.00
LICENCIA PROVISIONAL	\$50.00
RE-EXAMEN	\$50.00

6. PRESENTAR PRUEBA SATISFACTORIA DE BUENA CONDUCTA MORAL, DOS PROFESIONALES DE LA SALUD, DEBIDAMENTE LICENCIADOS QUE FIRMARAN EN EL AREA CORRESPONDIENTE DE LA SOLICITUD.
7. CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA (ORIGINAL)
8. TRANSCRIPCION DE CREDITO CON GRADO OBTENIDO: (OFICIAL) Y CERTIFICACION DE GRADO
9. CERTIFICADO DE NACIMIENTO (ORIGINAL)
10. TARGETA DE SEGURO SOCIAL (ORIGINAL Y COPIA)

RECIBIDO POR:

FECHA DE RECIBO