

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud
JUNTA EXAMINADORA DE PSICOLOGOS
Call Box 10200
Santurce, P.R. 00908
Tel: 725-8161

SOLICITUD DE EXAMEN PARA EJERCER LA PROFESION DE PSICOLOGIA

NOMBRE DEL _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

DIRECCION PERMANENTE:

DIRECCION POSTAL:

TELEFONO: (RESIDENCIA) (TRABAJO)

DECLARACION JURADA

COMPARECE

Nombre completo del solicitante

Y DEBIDAMENTE JURAMENTADO:

1. Expone que es la persona a quien se refiere esta Solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta muestra su parecido y fue tomada recientemente.
2. Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta Solicitud será causa suficiente para que la Junta Examinadora de Psicólogos pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.
3. Autoriza a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Psicólogos información que requiera sobre su persona, ampliar o corroborar información ofrecida en esta Solicitud.

ADHIERA FOTOGRAFIA
RECIENTE AUTOGRAFIADA

Se requiere tamaño
2 ½ X 2 ½

Firma del Solicitante

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy día de de .

Affidávit No.

SELLO DEL
NOTARIO

Firma del Notario

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Fecha de Nacimiento:

Lugar:

Núm. Seguro Social

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?

Si contesta en la negativa,

indique si es

Naturalizado

(número de certificado)

o Residente

(número de tarjeta).

Indique si su nombre o apellido original ha sido cambiado. Si

No . Si es afirmativo, incluya declaración jurada al efecto.

¿Ha sido usted convicto de algún delito?

Si contesta en la afirmativa

explique

(naturaleza del delito).

(lugar y fecha)

(status).

¿Ha sido usted indultado?

***Utilice pliego aparte para información adicional, de ser necesario

¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad o condición contagiosa?

Si contesta en la afirmativa, someta certificado médico que explique la enfermedad

y la condición de la misma a la fecha de esta solicitud. En caso contrario, el

siguiente certificado médico debe ser cumplimentado por su médico.

CERTIFICADO MEDICO

YO,

Nombre del Médico

, médico autorizado a ejercer en Puerto

Rico mediante la licencia número

, expedida por el Tribunal Examinador

de Médicos, CERTIFICO que he examinado a

Nombre del Solicitante

encontrándole en buen estado general de salud y libre de enfermedad o condición contagiosa.

Fecha

Firma del Médico

PREPARACION ACADEMICA

Nombre y dirección de la universidad, grado otorgado y año de graduación.

Bachillerato

Maestría

Concentración:

Doctorado

CERTIFICADO DE BUENA CONDUCTA MORAL

(Para ser firmado por dos profesionales de la salud)

Los abajo firmantes, CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Psicólogos de Puerto Rico, que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona responsable, seria y de buena conducta moral, por lo cual la consideramos apta para ejercer la profesión de Psicólogo.

Nombre completo

Nombre completo

Dirección

Dirección

Profesión y número de licencia

Profesión y número de licencia

Número de años que conoce al
aspirante

Número de años que conoce al
aspirante

Firma

Firma

Intereso tomar el examen en: Español

Inglés

Por la Ley ADA tiene el beneficio de solicitar acomodo en caso de impedimentos.

Intereso

No Intereso

En caso afirmativo, favor de proveer evidencia sobre su condición, por separado.

ACCION TOMADA POR LA JUNTA

ESTA SOLICITUD HA SIDO:

APROBADA PARA EXAMEN

DENEGADA PARA EXAMEN

Presidente

Presidente

Miembro

Miembro

Miembro

Miembro

Miembro

Miembro

Miembro

Miembro

Fecha

Fecha

OBSERVACIONES:

**REQUISITOS QUE TIENE QUE ACOMPAÑAR CON
ESTA SOLICITUD DE EXAMEN**

1. Someta esta solicitud debidamente cumplimentada y juramentada ante notario público.
2. Someta transcripción oficial y certificación de graduación de la universidad, colegio o centro de estudios donde realizó sus estudios de maestría o doctorado. Ambas deberán ser enviadas por la universidad, colegio o centro de estudios directamente a la Junta Examinadora de Psicólogos. La institución deberá estar acreditada por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico cuando están establecidos en Puerto Rico o por cualquier institución acreditadora de similar calidad o por la Asociación de Psicólogos Americana o por la Junta creada por esta Ley, cuando estén establecidos fuera de Puerto Rico y que ofrezcan un programa de estudios post-graduados en psicología conducente al grado de maestría y/o doctorado.
3. Someta original el certificado de conducta expedido por la Policía de Puerto Rico si es residente de Puerto Rico y del país donde ha estado residiendo durante los últimos seis meses.
4. Someta certificado de nacimiento en original
5. Someta copia de su tarjeta de seguro social.
6. Someta una fotografía 2 1/2" x 2 1/2" tomada recientemente, autografiada al frente. Esta fotografía es adicional a la de la solicitud.
7. Lea la Ley Núm. 96 del 4 de junio de 1983, que reglamenta la profesión de psicólogos (as) en Puerto Rico. Dicha ley la puede adquirir en la División de Venta de Leyes del Departamento de Estado o en la División de Recaudación de las Oficinas de las Juntas Examinadoras a un costo de \$4.25 en giro postal a nombre del Secretario de Hacienda.
8. Someta esta solicitud con giro postal o cheque certificado por el banco a nombre del Secretario de Hacienda de Puerto Rico, por la cantidad de \$75.00 por derecho a examen.

NOTA: La Junta deberá cobrar los siguientes derechos.

Por cada examen	75.00
Por la primera licencia.....	100.00
Por el registro de la licencia.....	30.00
Lista de Temas Básicos para el Examen	
De Reválida y Referencias Recomendadas	10.00

"La Junta podrá exigir al solicitante cualquier otra evidencia que considere necesaria luego de estudiar el expediente."