

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
OFICINA DE REGLAMENTACION Y CERTIFICACION
DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

JUNTA DE FARMACIA
CALL BOX 10200
SANTURCE, PR. 00908

SOLICITUD DE PRACTICA DE FARMACIA

NOMBRE :

NUMERO DE SEGURO SOCIAL :

DIRECCION POSTAL :

DIRECCION RESIDENCIAL :

LUGAR DE NACIMIENTO :

NACIONALIDAD :

NOMBRE DEL PADRE :

NOMBRE DE LA MADRE :

NOMBRE DE LA ESCUELA DONDE
ESTUDIA FARMACIA :

NOMBRE DE LA FARMACIA DONDE
REALIZARA SU PRACTICA :

DIRECCION DE LA FARMACIA DONDE
REALIZARA SU PRACTICA :

TELEFONO DE LA FARMACIA DONDE
REALIZARA SU PRACTICA :

NOMBRE DEL FARMACÉUTICO PRECEPTOR:

NUMERO DE REGISTRO DE SU
LICENCIA DEL FARMACÉUTICO
(PRECEPTOR) :

HORARIO DE PRACTICA DE FARMACIA

DIAS	MAÑANA (a.m.) 8:00 - 12:00	TARDE (p.m.) 1:00 - 4:30	NOCHE (p.m.) 6:00 - 10:00	TOTAL HORAS
LUNES				
MARTES				
MIERCOLES				
JUEVES				
VIERNES				
SABADO				
DOMINGO				

Total de horas semanales: