

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

JUNTA DENTAL EXAMINADORA

SOLICITUD DE EXAMEN Y LICENCIA PARA EJERCER LA PROFESION DE ODONTOLOGIA

DECLARACION JURADA

COMPARE

nombre completo del solicitante

y DEBIDAMENTE JURAMENTADO -----

ADHIERA FOTOGRAFIA
RECIENTE, AUTOGRAFIADA

Se requiere tamaño
2 ½ X 2 ½

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.

Acepta que entiende que ofrecer declaración falsa en esta o con esta Solicitud será causa suficiente para que la JUNTA DENTAL EXAMINADORA pueda denegar la misma o para revocar la licencia después de expedida o para penalizar a la persona que haya declarado falsamente.

Autoriza a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la JUNTA DENTAL EXAMINADORA información que requiera sobre su persona, ampliar o corroborar información ofrecida en esta o con esta Solicitud.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy día

de

de

en

SELLO DEL
NOTARIO

AFFIDÁVIT NUM:

FIRMA DEL NOTARIO

NOMBRE DEL SOLICITANTE:

apellido paterno

apellido materno

nombre

inicial

DIRECCION PERMANENTE:

DIRECCION POSTAL:

TELEFONO:

EDUCACION DENTAL

INSTITUCION

PERIODO

Primer Año

Segundo Año

Tercer Año

Cuarto Año

Grado Obtenido

Fecha

Institución

CERTIFICACION DEL DECANO DE LA ESCUELA DE ODONTOLOGIA

YO, _____, Decano de la Escuela de Odontología de
nombre del decano

CERTIFICO que

nombre de la institución nombre del solicitante
fue admitido en esta institución en y completó años de
fecha de admisión
estudios. Obtuvo el grado de en
grado obtenido fecha

CERTIFICO además que la fotografía que aparece en esta solicitud corresponde al solicitante al cual la misma se refiere y a quien le fue conferido dicho grado en esta institución.

SELLO DE LA
INSTITUCION

Firma del Decano

Fecha de Certificación

CERTIFICACION JURADA DE LA BUENA CONDUCTA MORAL DEL SOLICITANTE

COMPARECE _____, Dentista con número de licencia
nombre del dentista
expedida por _____ de
nombre de la Junta Examinadora país
y DEBIDAMENTE JURAMENTADO CERTIFICA que conoce personalmente a
nombre del solicitante

por espacio de _____ años; DA FE de su buena conducta moral y le recomienda a la JUNTA DENTAL EXAMINADORA como persona apta para ejercer la profesión de Odontología.

Dirección del Dentista

Firma del Dentista

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy día _____ de _____ de
en

AFFIDAVIT NUM:

SELLO DEL
NOTARIO

FIRMA DEL NOTARIO

HOJA DE COTEJO - PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA

FECHA DE RECIBO DE LA SOLICITUD

ESTA SOLICITUD HA SIDO:

APROBADA PARA EXAMEN

*

DENEGADA

Presidente

Presidente

Miembro

Fecha

Razón

Fecha

Fecha aprobación del examen

Núm. Lic. Expedida

Fecha de Licencia