

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
JUNTA EXAMINADORA DE TECNICOS DE CUIDADO RESPIRATORIO

SOLICITUD DE EXAMEN

AFIDAVIT

NOMBRE DEL SOLICITANTE (LETRA DE MOLDE)

ADHIERA UNA
FOTOGRAFIA
2 X 2

debidamente juramentado expone que es la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verdicas y que la fotografia adjunta es de su persona y fue tomada recientemente.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Jurado y suscrito ANTE MI, hoy día ____ de _____ de ____
en _____, Puerto Rico.

AFIDAVIT NUM.

SELLO DEL
NOTARIO

FIRMA DEL NOTARIO

Lea Cuidadosamente y llene todos los apartados en maquinilla o letra de molde. Utilice pluma o bolígrafo. Debe suministrarse toda la información requerida en esta solicitud, de esta estar incompleta la misma será devuelta o rechazada.

Entiendo que de ofrecer o aceptar cualquier información falsa convenida por mi en cualquier encasillado de esta aplicación será razón suficiente para rechazar o revocar la licencia aún después de la misma haber sido expedida.

DATOS PERSONALES

1. NOMBRE: _____
(Indique apellidos paterno y materno)
2. ¿HA CAMBIADO SU NOMBRE O APELLIDO _____ INDIQUE ORIGINAL: _____
3. FECHA DE NACIMIENTO: _____ 4. LUGAR: _____ 5. EDAD _____

6. DIRECCION RESIDENCIAL: _____

7. DIRECCION POSTAL: _____ 8. TEL: _____

9. ¿ES CIUDADANO DE EEUU? () SI () NO
Personas nacidas en el extranjero deben someter evidencia de su Statu

10. ESTADO CIVIL: () CASADO () NO CASADO

11. NOMBRE DEL CONYUGE: _____

12. LUGAR DE TRABAJO DEL CONYUGE: _____

13. ¿HA SIDO CONVICTO DE ALGUN DELITO? () SI () no
Si su contestación es afirmativa, explique en pliego aparte.

II. PREPARACION ACADEMICA Y PROFESIONAL:

14. Estudio Pre-Universitarios

Escuela o Colegio	Año Ingreso	Año Graduación

Grado o Certificado Obtenido

15. Estudios en Cuidado Respiratorio

Escuela	Año Ingreso	Año Graduación

Grado o Certificado Obtenido

IV. CERTIFICACION DE SOLVENCIA MORAL

Para ser cumplimentado y firmado por dos ciudadanos que conozcan al solicitante.

- 19. Los abajo firmantes **CERTIFICAMOS A LA JUNTA EXAMINADORA DE TECNICOS DE CUIDADO RESPIRATORIO** que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona respetable y de buena solvencia moral, por lo cual le consideramos apto para ejercer la profesión de **TECNICO DE CUIDADO RESPIRATORIO** en Puerto Rico.

NOMBRE (LETRA DE MOLDE)

NOMBRE (LETRA DE MOLDE)

DIRECCION

DIRECCION

FIRMA

FIRMA

V. JURAMENTO Y AUTORIZACION

- 20. Por la presente declaro **BAJO JURAMENTO** que la información que he suministrado es exacta y verídica y **AUTORIZO** a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a las personas debidamente autorizadas por la **JUNTA EXAMINADORA DE TECNICOS DE CUIDADO RESPIRATORIO DE PUERTO RICO**.

Cualquier información que requieran sobre mi persona para corroborar o ampliar información ofrecida por mí en este documento.

Entiendo que de ofrecer o aceptar cualquier información falsa convenida por mi en cualquier encasillado de esta aplicación será razón suficiente para rechazar o renovar la licencia aún después de la misma haber sido expedida.

FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA

FECHA DE RECIBO: _____

_____ SOLICITUD APROBADA

_____ SOLICITUD DENEGADA

RAZON

SOLICITUD EVALUADA POR

NUMERO DE LICENCIA

FECHA

ACTA

REQUISITOS, INSTRUCCIONES E INFORMACION GENERAL

1. Someter Original y Copia del Certificado de Nacimiento. Solicitantes Extranjeros deben presentar Certificación de sus Status ante el Servicio de Inmigración y Naturalización.
2. Gozar de Buena Conducta. En adición a la certificación de Solvencia Moral de la Pág. 3, el solicitante debe someter original del certificado de Antecedentes penales expedido por la Policía de Puerto Rico.
3. Satisfacer los derechos de licencia y Examen mediante giro postal ó bancario, pagadero al Secretario de Hacienda de Puerto Rico por la cantidad de (110) dólares.
 - A. \$35.00 Para Examen
 - B. \$50.00 Para Licencia Permanente
 - c. \$25.00 Para Licencia Provisional
4. Original y copia del Diploma o Certificación Oficial Expedida por la Institución donde Curso Estudios de Terapia Respiratoria.
5. Transcripción Oficial de Créditos de Institución Académica Acreditada en que curso estudios. Deberá ser enviada directamente de la Institución donde estudió a la siguiente Dirección:

JUNTA EXAMINADORA DE TECNICOS DE CUIDADO RESPIRATORIO
CALL BOX 10200
SANTURCE, PUERTO RICO 00908
6. Esta Solicitud, al igual que la certificación Jurada, deben juramentarse ante Notario Público y adjuntarse a la misma una fotografía reciente del solicitante.
7. Deberá someter Certificado de Salud en original, expedido por la Unidad de Salud Pública, o médico privado.
8. Esta Solicitud no podrá ser procesada hasta tanto el candidato haya sometido toda la evidencia que la misma requiere.