

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE SALUD  
APARTADO #10200 SANTURCE PR 00908  
TEL. 725-8161

**JUNTA EXAMINADORA DE PATOLOGOS DEL HABLA-LENGUAJE, AUDIOLOGOS Y  
TERAPISTAS DEL HABLA-LENGUAJE DE PUERTO RICO**

Fecha de Radicación:

Núm.

Seg. Social:

Fecha Expedición:

SOLICITUD DE LICENCIA MEDIANTE EXAMEN PARA EJERCER LAS PROFESIONES DE:

**PATOLOGO DEL HABLA-LENGUAJE  
AUDIOLOGO  
TERAPISTA DEL HABLA-LENGUAJE**

Esta solicitud deberá ser cumplimentada únicamente por aquellas personas que reúnan los requisitos especificados en la Ley Núm. 77 del 3 de junio de 1983, según enmendada. De acuerdo a esta Ley ningún individuo puede ejercer en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico las profesiones arriba mencionadas hasta que haya recibido su licencia.

Cualquier violación a dicha Ley o falso testimonio, será causa suficiente para denegar, suspender o revocar la licencia o para penalizar al solicitante que haya declarado falsamente. La Junta le recomienda lea y analice la Ley antes de llenar esta solicitud.

AFFIDAVIT

Adhiera fotografía  
Reciente,  
autografiada. Se  
requiere tamaño  
pasaporte

Estado o  
Territorio

Pueblo o  
Ciudad de

Yo, \_\_\_\_\_ debidamente  
juramento, expongo que soy la persona a quien se  
refiere esta solicitud de licencia, que todas las  
declaraciones que ésta contiene son verídicas, que la  
fotografía adjunto demuestra mi parecido y fue  
tomada recientemente.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Suscrito y jurado ante mi hoy \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_,

AFFIDAVIT

bajo mi firma y sello.

FIRMA DEL NOTARIO PUBLICO

**EL SOLICITANTE DEBERA LLENAR LOS SIGUIENTES ENCASILLADOS**

Nombre

Edad

Fecha y Lugar de Nacimiento

Estado Civil

Seguro Social

Núm. Teléfono

Dirección Postal

Dirección Residencial

¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Si No

En caso negativo explique

¿Ha sido convicto de delito grave o depravación moral? Si No

En caso afirmativo explique en papel aparte y adjúntelo a la solicitud.

**DESCRIPCION DEL SOLICITANTE**

Color de pelo

Color de ojos

Estatura

Peso

Señas personales

**PREPARACION ACADEMICA**

Nombre y Dirección de la Universidad

Periodo

1er Año

2do Año

3er Año

4to Año