



Aspirantes para Consejeros Profesionales

REQUISITOS PARA SOLICITAR LICENCIA PROVISIONAL DE CONSEJEROS PROFESIONALES

1. Formulario de solicitud para Licencia Provisional debidamente juramentada ante un notario público.
2. **Transcripciones de Créditos oficial.** Este documento debe ser expedido por la Universidad, Colegio o Centro de Estudios donde obtuvo su Maestría o Doctorado. La institución deberá estar acreditada por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico. **(Deberán ser enviados por la Institución Educativa directamente a la Junta Examinadora a la siguiente dirección):**

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales
P.O. Box 10200
San Juan, P.R. 00908-0200

3. Certificación de Grado Académico original o copia **oficial** de su diploma.
4. Presentar prueba satisfactoria de buena conducta moral de dos (2) Consejeros Profesionales debidamente licenciados.
5. Certificado de Nacimiento. **(Original y copia)** Solicitantes extranjeros deben presentar Certificación de su estatus ante el Servicio de Inmigración y Naturalización de Estados Unidos. **(Presentar evidencia)**
6. Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico o lugar de residencia. **(Original) Nota:** De ser electrónico, deberá incluir la validación electrónica del mismo. **(No mayor de seis meses)**
7. **Dos (2) sobres** pre-dirigidos con sello. **(Deben incluir su dirección postal)**
8. Pago correspondiente por la cantidad de treinta **(\$30.00)** dólares. Pago no reembolsable. Los métodos de pagos son los siguientes:
 - **(ATH, VISA, MASTERCARD)**
 - **Giro Postal o Cheque Certificado** pagados al Secretario de Hacienda

IMPORTANTE: No se procesará esta solicitud hasta tanto el candidato someta toda la documentación que se requiere. No se aceptarán solicitudes fuera de la fecha límite publicada en la convocatoria.



Hoja de Cotejo – Solicitud Licencia Provisional

Nombre: _____

Fecha: _____

- _____ 1. Formulario de solicitud debidamente cumplimentada.
- _____ 2. Presentar prueba satisfactoria de buena conducta moral de dos (2) Consejeros Profesionales debidamente licenciados.
- _____ 3. Certificado de Nacimiento. **(Original y copia)**
- _____ 4. Evidencia de ser ciudadano americano o de ser residente permanente de los Estados Unidos.
- _____ 5. Transcripciones de Créditos Oficial. **Expedidas** por la Universidad, Colegio o Centro de Estudios donde obtuvo su Maestría o Doctorado. La institución debe estar acreditada por el Consejo de Educación Superior de Puerto Rico.
- _____ 6. Certificación de Grado Académico **original** y/o copia **oficial** de su diploma.
- _____ 7. Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico o lugar de residencia. **Nota:** De ser electrónico, deberá incluir la validación electrónica del mismo. **(No mayor de seis (6) meses)**
- _____ 8. Dos (2) sobres pre-dirigidos con sello. **(Deben incluir su dirección postal)**
- _____ 9. Pago correspondiente por la cantidad de treinta **(\$30.00)** dólares. Pago no reembolsable. Los métodos de pago son los siguientes:
- **ATH, VISA, MASTERCARD**
 - **Giro Postal o Cheque Certificado** pagados al **Secretario de Hacienda**

Recibido por: _____

Fecha: _____

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales

PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200

myrnet.gonzalez@salud.pr.gov, (787)765-2929 Ext. 6607



DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1. Nombre: _____

2. Fecha y Lugar de Nacimiento: _____

3. Seguro Social (últimos 4 dígitos): xxxx-xx-_____

4. ¿Es usted ciudadano de los EE. UU.?: Si _____ No _____
(Si nació en el extranjero debe someter evidencia de su estatus actual).

5. ¿Ha sido convicto de algún delito grave?: Si _____ No _____
(Si contesta en la afirmativa, explique en un documento aparte)

6. Solicita acomodo razonable: Si _____ No _____

¿Qué tipo de acomodo solicita?: _____

Deberá presentar evidencia que demuestre causa para tal solicitud. Este podría ser Certificado Médico en original u otro documento que justifique dicho acomodo.

PREPARACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL

Nombre de la Institución: _____

Dirección: _____

Grado obtenido: _____ Fecha obtención: _____

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales

PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200

myrnet.gonzalez@salud.pr.gov, (787)765-2929 Ext. 6607



**SOLICITUD PARA LICENCIA PROVISIONAL
DE CONSEJEROS PROFESIONALES**

Nombre del solicitante: _____

Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección postal: _____

Teléfonos: _____

Residencial

Trabajo

Celular

Correo electrónico: _____

DECLARACIÓN JURADA

Comparece _____, mayor de edad, _____,

Nombre

Estado Civil

Profesión

y vecino de _____, debidamente juramentado 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 es de su persona y fue tomada recientemente.

Adhiera una
fotografía
reciente tamaño
pasaporte

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

Autorizo a cualquier persona, corporación, agencia o entidad pública o privada para que ofrezca a la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales información que requiere sobre su persona, ampliar o corroborar información ofrecida con esta solicitud.

Acepto cumplir fielmente con el Código de Ética de la Junta Examinadora de Consejeros Profesionales.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Afidávit núm.: _____

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI por _____ de las circunstancias personales antes indicadas y a quien DOY FE de conocer personalmente o haber _____ identificado _____ conforme _____ dispone _____ la ley, _____ hoy día _____ de _____ en _____, Puerto Rico.

(Sello Notario)

Firma del Notario

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales

PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200

myrnet.gonzalez@salud.pr.gov, (787)765-2929 Ext. 6607



CERTIFICACIÓN DE BUENA CONDUCTA MORAL

(Para ser completado y firmado por dos Consejeros Profesionales)

Nombre del solicitante: _____

Los abajo firmantes *CERTIFICAMOS a la JUNTA EXAMINADORA DE CONSEJEROS PROFESIONALES DE PUERTO RICO* que conocemos personalmente al(la) solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona respetable y de buen carácter moral, que goza de buena reputación en su comunidad, por lo cual le(la) consideramos apto(a) para ejercer la profesión de Consejeros Profesionales.

NOMBRE
(Letra de molde)

NOMBRE
(Letra de molde)

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

FECHA

FECHA

Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud

Junta Examinadora de Consejeros Profesionales

PO BOX 10200 San Juan, PR 00908-0200

myrnet.gonzalez@salud.pr.gov, (787)765-2929 Ext. 6607