



Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico

FORMULARIO CAMBIO INFORMACION DE COLEGIADO

I. Favor de completar la información:

- Terapeuta Ocupacional
 Asistente en Terapia Ocupacional

NUM. LIC.:

NOMBRE:

**DIRECCION
POSTAL:**

**DIRECCION
FISICA:**

E-MAIL:

TELEFONO:

**LUGAR DE
TRABAJO:**

**TELEFONO
TRABAJO:**

Favor de enviar la información a la siguiente dirección postal o electrónica:

PO Box 361558
San Juan, PR 00936-1558
cptopr10@gmail.com