

RENOVACION DE COLEGIACION AÑO 2018

A. Identificación de Colegiado

_____	_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
_____	_____	_____	_____
Teléfono Residencial	Teléfono Celular	Email	Género
			<input type="checkbox"/> Femenino
			<input type="checkbox"/> Masculino

Dirección Postal			

Dirección Residencial			

B. Licencia Profesional

_____	_____	<input type="checkbox"/> TO	<input type="checkbox"/> Permanente
Número de Licencia Profesional	Año de Renovación	<input type="checkbox"/> ATO	<input type="checkbox"/> Provisional

C. Información de Práctica

Práctica Primaria	<input type="checkbox"/> Administración	<input type="checkbox"/> Educación Universitaria
	<input type="checkbox"/> Geriatría	<input type="checkbox"/> Pediatría
	<input type="checkbox"/> Salud Física	<input type="checkbox"/> Salud Mental
Práctica Secundaria	<input type="checkbox"/> Administración	<input type="checkbox"/> Educación Universitaria
	<input type="checkbox"/> Geriatría	<input type="checkbox"/> Pediatría
	<input type="checkbox"/> Salud Física	<input type="checkbox"/> Salud Mental

D. Educación en Terapia Ocupacional

Grado más alto alcanzado en Terapia Ocupacional	<input type="checkbox"/> Grado Asociado	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Doctorado
	<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Otro _____	
Universidad	<input type="checkbox"/> UPR-RCM	<input type="checkbox"/> Universidad Interamericana	
	<input type="checkbox"/> UPR-Humacao	<input type="checkbox"/> Otra _____	

Otros grados obtenidos NO en Terapia Ocupacional _____
 Universidad _____

E. Empleo y Patrono

Lugar de Trabajo	<input type="checkbox"/> Nombre del Centro	_____
	<input type="checkbox"/> Práctica Privada	_____
Puesto	<input type="checkbox"/> TO	<input type="checkbox"/> ATO
	<input type="checkbox"/> Otro _____	_____
	Teléfono del Trabajo	_____

F. Cuota

<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional	\$ _____	<input type="checkbox"/> Asistente en Terapia Ocupacional	\$ _____
	\$125.00		\$100.00

****Se aplicará un cargo mensual para todo pago recibido luego del 31 de marzo (véase tabla adjunta)****

Mes	TO	ATO
enero	\$ 125.00	\$ 100.00
febrero	\$ 125.00	\$ 100.00
marzo	\$ 125.00	\$ 100.00
abril	\$ 132.00	\$ 105.00
mayo	\$ 138.00	\$ 111.00
junio	\$ 145.00	\$ 116.00
julio a diciembre	\$ 152.00	\$ 122.00

Cheque Certificado _____ (No se aceptan cheques personales)

Giro Postal _____

*Puede pagar por internet con Visa o Master Card, accedendo nuestra página: <http://www.cptopr.org>

A nombre de: Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico (CPTOPR)
 A la siguiente Dirección: PO Box 361558, San Juan, PR 00936-1558

Apruebo que mi información sea provista a terceros

No Apruebo que mi información sea provista a terceros

Firma

Fecha

RENOVACION DE COLEGIACION AÑO _____

A. Identificación de Colegiado

_____	_____	_____	_____
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial
_____	_____	_____	_____
Teléfono Residencial	Telefono Celular	email	Género
			<input type="checkbox"/> Femenino
			<input type="checkbox"/> Masculino

Dirección Postal			

Dirección Física			

B. Licencia

_____	_____	<input type="checkbox"/> TO	<input type="checkbox"/> Permanente
Número de Licencia	Año de Renovación	<input type="checkbox"/> ATO	<input type="checkbox"/> Provisional

*****FAVOR DE COMPLETAR TODA LA INFORMACION SOLICITADA*****

C. Información de Práctica

Práctica Primaria	<input type="checkbox"/> Administración	<input type="checkbox"/> Educación Universitaria
	<input type="checkbox"/> Geriatría	<input type="checkbox"/> Pediatría
	<input type="checkbox"/> Salud Física	<input type="checkbox"/> Salud Mental

Práctica Secundaria	<input type="checkbox"/> Administración	<input type="checkbox"/> Educación Universitaria
	<input type="checkbox"/> Geriatría	<input type="checkbox"/> Pediatría
	<input type="checkbox"/> Salud Física	<input type="checkbox"/> Salud Mental

D. Educación

Universidad	<input type="checkbox"/> UPR-RCM	<input type="checkbox"/> Universidad Interamericana
	<input type="checkbox"/> UPR-Humacao	<input type="checkbox"/> Otra _____

Grado	<input type="checkbox"/> Grado Asociado	<input type="checkbox"/> Maestría
	<input type="checkbox"/> Bachillerato	<input type="checkbox"/> Otro _____

E. Empleo y Patrono

Lugar de Trabajo	<input type="checkbox"/> Centro _____
	<input type="checkbox"/> Independiente _____
Puesto	<input type="checkbox"/> TO <input type="checkbox"/> ATO <input type="checkbox"/> Otro _____

F. Cuota

<input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional	\$ _____	<input type="checkbox"/> Asistente en Terapia Ocupacional	\$ _____
	\$125.00		\$100.00

Se aplicará un cargo mensual para todo pago recibido luego del 31 de enero (véase tabla adjunta)

Mes	Cargo	TO	ATO
enero	0%	\$ 125.00	\$ 100.00
febrero	5%	\$ 131.25	\$ 105.00
marzo	10%	\$ 138.12	\$ 110.50
abril	15%	\$ 145.72	\$ 116.58
mayo	20%	\$ 154.14	\$ 123.32
junio a diciembre	25%	\$ 163.54	\$ 130.83

<input type="checkbox"/> Cheque Certificado	_____	(No se aceptan cheques personales)
<input type="checkbox"/> Giro Postal	_____	

A nombre de: Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico (CPTOPR)
 A la siguiente Dirección: PO Box 361558 San Juan, PR 00936-1558

- Deseo que toda la información sea enviada a mi dirección de e-mail
- Apruebo que mi información sea provistos a terceros
- No** Apruebo que mi información sea provistos a terceros

Firma

Fecha