

Patrono: _____
Dirección: _____

Puesto que Ocupa: _____
Teléfonos: _____

Patrono: _____
Dirección: _____

Puesto que Ocupa: _____
Teléfonos: _____

C. Años de experiencia en Terapia Ocupacional en las siguientes áreas

_____ Clínica _____ Administración _____ Educación Académica _____ Investigación
(Universidad)
_____ Otro: (especifique) _____

V: Cuota a pagar (Verificar en el Colegio cantidad a pagar)

Terapeuta Ocupacional \$125.00 Asistente en Terapia Ocupacional \$100.00

Tarifa de recargos por renovación tardía:

Mes	TO	ATO
enero	\$125.00	\$100.00
febrero	\$132.00	\$105.00
marzo	\$138.00	\$111.00
abril	\$145.00	\$116.00
mayo	\$152.00	\$122.00
junio	\$160.00	\$128.00
julio a diciembre	\$168.00	\$135.00

Adjunto cheque certificado (no se aceptan cheques personales) # _____, giro postal # _____.

Favor de realizar el pago a nombre del:

Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico (CPTOPR)
PO Box 361558
San Juan, Puerto Rico 00936-1558

VI: Documentos requeridos con esta solicitud:

- Copia de la Licencia Profesional y Recertificación o copia de la licencia provisional, si aplica
 Copia de una tarjeta de identificación con foto

De conformidad con lo que estipula la Ley 183 del 11 de diciembre de 2007 y el Reglamento del Colegio, someto mi solicitud como miembro del mismo. Certifico que los datos que he ofrecido son ciertos y autorizo al Colegio a verificar los mismos.

Firma

(m/d/a)
Fecha

Nota: La información que se recopila en esta hoja de datos es para uso oficial del Colegio. Se usará para propósitos internos de naturaleza informativa, educativa o estadística; no se reproducirá ni se facilitará a terceros; se garantiza la confidencialidad de los datos y el uso de ésta no afectará los derechos y beneficios de los colegiados.

Bienvenidos al Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico.

Intégrate a tu colegio participando de las comisiones y comités de trabajo. Asiste a las Asambleas que se lleven a cabo.