



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: \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO  
DEL PATRONO: \_\_\_\_\_

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

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