



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

Rev. 03/2017

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO DE INACTIVACION DE LICENCIA PERMANENTE

NOMBRE: _____ Dirección: _____

PROFESION: _____

NUM. LICENCIA: _____

NUM. REGISTRO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

Solicito a la Junta Examinadora _____

Inactivar mi licencia, ya que no estoy ejerciendo mi profesión por motivo de _____

Certifico que lo declarado es correcto y que entiendo lo que implica la inactivación de mi licencia, así como mi obligación de solicitar la reactivación de la misma antes de volver a ejercer.

Fecha de la solicitud: _____ Firma: _____

Deberá pagar penalidades por trienios vencidos a partir del año 1998.

Cantidad a pagar \$ _____ Fecha de Vencimiento: _____

ADVERTENCIA

Una licencia en status inactivo significa que se suspende el derecho del profesional a ejercer, pero ello no implica que el profesional pierda la licencia. Una licencia inactiva deberá ser reactivada por la Junta Examinadora antes de volver a ejercer. Para reactivar su licencia, el profesional deberá notificar a la Junta su intención de reintegrarse a su profesión y solicitar reactivación. La Junta podrá imponer ciertos requisitos para reactivar una licencia.

Atendido por: _____ Fecha: _____

.....
Para Uso Oficial:

Fecha de inactivación en sistema ____/____/____ Técnico: _____