

**JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA OCUPACIONAL
DE PUERTO RICO**

**SOLICITUD PARA OBTENER PRIMERA
LICENCIA PERMANENTE O RECIPROCIDAD**

_____ Terapista Ocupacional

_____ Asistente en Terapia Ocupacional

NOMBRE DEL SOLICITANTE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

DIRECCIÓN FÍSICA: _____

DIRECCIÓN POSTAL: _____

TELEFONOS: _____
Residencia Trabajo Celular Otro

EMAIL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
MES / DIA / AÑO



DECLARACIÓN JURADA

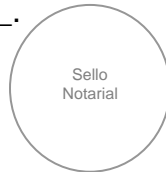
COMPARECE _____
Nombre completo del solicitante

y debidamente **JURAMENTADO** expone que es la persona a quien se refiere esta solicitud y que las declaraciones que la misma contiene son verídicas y que la fotografía adjunta demuestra mi parecido y que fue tomada recientemente.

FIRMA DEL SOLICITANTE

JURADO Y SUSCRITO ANTE MI, hoy día _____ de _____ de _____ en

_____, _____.



AFFIDÁVIT NUM.: _____

Firma del Notario

Esta solicitud deberá ser cumplimentada por aquellas personas que prueben que reúnen las cualidades y requisitos educativos especificados en la Ley Núm. 137 que reglamentan la profesión de Terapia Ocupacional del 26 de junio de 1968, según enmendada).

Cualquier declaración falsa hecha en esta solicitud será causa suficiente para denegarla o para cancelar la Licencia después de expedida o penalizar a la persona que ha declarado falsamente.

**JUNTA EXAMINADORA DE
TERAPIA OCUPACIONAL DE PUERTO RICO**

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1. ¿Ha cambiado su nombre o apellido? SI _____ NO _____ Indique original: _____
(Incluya declaración jurada).
2. Lugar de nacimiento _____ Edad: _____
3. ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos? Sí _____ No _____ (Personas nacidas en el **extranjero** deben someter **evidencia de su status**).
4. ¿Ha sido **CONVICTO** de algún delito? _____Sí _____No (Si su contestación es afirmativa, explique en un papel aparte)
5. ¿Ha padecido usted o padece alguna enfermedad o condición? _____ Si contesta afirmativo, someta **Certificado Médico** que explique la enfermedad y la condición de la misma a la fecha de esta solicitud.
6. ¿Desea tomar el examen en?: _____Español _____Inglés
7. Necesita acomodo razonable: _____Sí _____No (De contestar **sí**, favor **presentar recomendaciones del especialista con especificaciones del acomodo. (Certificado Médico)**)
8. Autorizo a la JETOPR a proporcionar mi nombre junto con los resultados del examen de reválida a mi Institución educativa para propósitos estadísticos. _____Si _____No

PREPARACIÓN ACADÉMICA Y PROFESIONAL:

INSTITUCION:

Nombre: _____

Dirección de la Institución: _____

Grado obtenido: _____

Fecha: _____

Primer año: _____ Período: _____

Segundo año: _____ Período: _____

Tercer año: _____ Período: _____

Cuarto año: _____ Período: _____

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA OCUPACIONAL DE PUERTO RICO

CERTIFICACIÓN DE SOLVENCIA MORAL:

(Para ser cumplimentado y firmado por dos ciudadanos de buena reputación moral en la comunidad que conozcan bien al (a la) solicitante)

Los abajo firmantes CERTIFICAMOS a la JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA OCUPACIONAL que conocemos personalmente al solicitante y que nos consta de propio conocimiento que es persona respetable, seria y de buena solvencia moral, por lo cual le consideramos apto (a) para ejercer la profesión.

NOMBRE (Letra de molde)	NOMBRE (Letra de molde)
DIRECCIÓN: _____	DIRECCIÓN: _____
FIRMA	FIRMA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA JUNTA: *(Favor de usted no escribir en estos espacios)*

FECHA DE RECIBO: _____

____ SOLICITUD APROBADA

____ SOLICITUD DENEGADA

____ Examen

RAZON: _____

____ Lic. Provisional

____ Lic. Permanente

SOLICITUD EVALUADA POR:

Presidente _____

FECHA: _____

Miembro _____

ACTA: _____

Miembro _____

Miembro _____

Miembro _____

**JUNTA EXAMINADORA DE
TERAPIA OCUPACIONAL DE PUERTO RICO**

REQUISITOS A SOMETER CON ESTA SOLICITUD

1. Solicitud debidamente notariada, firmada y cumplimentada en todas sus partes.
2. **ORIGINAL** Certificado de Salud, Tarjeta (Unidad Pública)
3. **ORIGINAL y COPIA** Certificado de Nacimiento o evidencia de naturalización. (original y reciente).
4. **ORIGINAL** Certificado de Antecedentes Penales de Puerto Rico (No más de treinta (30) días expedido).
5. **ORIGINAL** Transcripción de Crédito Oficial y Certificación de grado de sus estudios en Terapia Ocupacional. (Deberá ser enviado por la Institución a la Junta a la siguiente dirección).

Junta Examinadora de Terapia Ocupacional
P.O. Box 10200
Santurce, PR 00908-0200

6. TRAER TRES (3) SOBRES pre-dirigidos con sellos.
7. ¿Tomo el examen ofrecido por NBCOT?, si contesto si deberá solicitar los resultados para que sean enviados directamente a la Junta.
8. GIRO POSTAL O CHEQUE CERTIFICADO por el Banco a nombre del **Secretario de Hacienda** por la cantidad de:
 - Terapeuta Ocupacional \$40.00 dólares
 - Asistentes en Terapia Ocupacional \$ 35.00 dólares

NOTA: Esta solicitud **no** podrá ser procesada hasta tanto el candidato haya sometido **TODA** la evidencia que la misma requiere.

JUNTA EXAMINADORA DE TERAPIA OCUPACIONAL DE PR.
TEL. (787) 765-2929 EXT. 6593
mmlugo@salud.gov.pr