



## DEPARTAMENTO DE ESTADO

### Registro de Nombramientos del Gobernador

PO Box 9023271

San Juan, Puerto Rico 00902-3271

Tel. (787) 725-7012 / Fax. (787) 977-3921

### FORMULARIO DE PRECUALIFICACION DE JUNTAS EXAMINADORAS

<b>A - NOMBRE DE LA JUNTA EXAMINADORA:</b>		Sector Representado: (Uso Oficial)
<b>B - CANDIDATO</b>		
1. Nombre	Apellido Paterno	Apellido Materno
2. Ciudadanía:	3. Correo Electrónico:	
4. Dirección Residencial:		
5. Dirección Postal:		
6. Teléfonos: a) Residencial:	b) Trabajo:	c) Celular:
7. Nombre y Dirección del Trabajo:		
8. Profesión u Ocupación:		9. Tiempo en el Puesto:
10. Nombre de Instituciones en las que cursó estudios, grado obtenido y año:		
<b>Nombre de la Institución</b>	<b>Grado</b>	<b>Año</b>

**\*FAVOR DE REMITIR ESTE FORMULARIO A LA DIRECCION ARRIBA INDICADA, CON LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS: RESUME, CERTIFICADO DE ANTECEDENTES PENALES, CERTIFICADO DE ASUME, COPIA DE LICENCIA PROFESIONAL Y COLEGIATURA, SI APLICA.**



<b>a) En el Colegio que representa su profesión es:</b>	<b>Favor marcar:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Miembro de la Junta de Gobierno			
Empleado del Colegio			
Inspector			
Miembro Comisión Temporera			
Miembro Comisión Permanente			
Otros, favor indicar cual (es)			
<b>b) En Instituciones donde se enseña su profesión es:</b>	<b>Favor marcar:</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
Dueño o accionista			
Miembro de la Junta de Directores			
Miembro de la Junta de Síndicos			
Maestro			
Otros, favor indicar cual (es)			
<b>c) ¿Ofrece cursos de repaso de reválida?</b>			
<b>d) ¿Está ejerciendo la profesión actualmente?</b>			

**NOTA:** Los maestros deben informar los cursos que ofrecen. Si usted contesta en la afirmativa en alguno de los encasillados a), b) y c), favor ofrecer los detalles a continuación.

**CERTIFICO:**

QUE DESEO SER MIEMBRO DE LA JUNTA EXAMINADORA \_\_\_\_\_  
Y SOLICITO SE ME CONSIDERE PARA CUALQUIER VACANTE QUE EXISTA EN DICHA JUNTA. **CERTIFICO**  
**ADEMÁS**, QUE A MI MEJOR ENTENDER NO TENGO CONFLICTO DE INTERESES, TENGO EL TIEMPO DISPONIBLE  
PARA DEDICARLE A LA JUNTA Y DESEO AYUDAR EN EL MEJORAMIENTO DE MI PROFESIÓN PARA SERVIRLE  
MEJOR A PUERTO RICO.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

HOY \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

FAVOR ACOMPAÑAR SU CERTIFICADO NEGATIVO DE ANTECEDENTES PENALES, CO

APLICA Y COPIA DE LA LICENCIA PROFESIONAL

## CERTIFICACIÓN

Por la presente **CERTIFICO QUE** \_\_\_\_\_

Seguro Social Número \_\_\_\_\_ con Licencia Número \_\_\_\_\_ ha pagado sus cuotas correspondientes a los años \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_. Al día de hoy, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, no tiene deuda alguna con el Colegio de \_\_\_\_\_.

¿Pertenece a alguno de los siguientes organismos del colegio?

	Favor marcar:	SI	NO
Miembro de la Junta de Gobierno		[ ]	[ ]
Empleado del Colegio		[ ]	[ ]
Inspector		[ ]	[ ]
Miembro Comisión Temporera		[ ]	[ ]
Miembro Comisión Permanente		[ ]	[ ]
Otros, favor indicar cual (es)		[ ]	[ ]

¿Se le ha revocado o cancelado la licencia alguna vez? [ ] [ ]

Si la contestación es afirmativa favor de informar la razón para la cancelación de la licencia profesional:

COMENTARIOS: \_\_\_\_\_

Suscrito hoy, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, en San Juan de Puerto Rico.

\_\_\_\_\_  
Firma de Oficial Autorizado

\_\_\_\_\_  
Nombre y Título