



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

CAMBIO DE DIRECCIÓN

NOMBRE APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO

NÚMERO DE LICENCIA DE MÉDICO NÚMERO DE REGISTRO

DIRECCIÓN RESIDENCIAL ACTUAL:

DIRECCIÓN POSTAL ACTUAL:

DIRECCIÓN ANTERIOR:

TELÉFONO TRABAJO

TELÉFONO RESIDENCIAL

CERTIFICO QUE ESTA INFORMACIÓN ES CORRECTA:

FIRMA

FECHA CAMBIO DE DIRECCIÓN

NOTA: No informar a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico por correo certificado todo cambio de dirección residencial, profesional o postal en o fuera de la jurisdicción de Puerto Rico dentro de los cinco (5) días siguientes a la fecha de tal cambio, estará sujeto a una multa por la cantidad de SETENTA Y CINCO (\$75.00) DÓLARES.

(03/2017-lra)

