



Oficina de Reglamentación y Certificación de los Profesionales de la Salud y **Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico**

SOLICITUD DE DUPLICADO DE LICENCIA DE MEDICO ASISTENTE

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE INICIAL

NÚMERO DE LICENCIA: _____ NÚMERO DE REGISTRO: _____

RAZÓN PARA DUPLICADO: _____

FIRMA DEL MÉDICO SOLICITANTE

FIRMA DEL TÉCNICO JLDM

Requisitos Para solicitar estos servicios:

1. Cumplimentar la Solicitud de DUPLICADO DE LICENCIA DE MEDICO ASISTENTE .
2. Acompañar declaración jurada ante Notario Público exponiendo lo sucedido.
3. Someter junto con la solicitud giro bancario, postal o cheque certificado por la cantidad de \$75.00 a nombre del Secretario de Hacienda.

En la nueva licencia se hará constar que es un duplicado.