



SOLICITUD DE INACTIVACIÓN DE LICENCIA DE MÉDICO ASISTENTE

Nombre: _____ Dirección: _____
Licencia: _____
Especialidad: _____
Teléfono: _____

Por la presente solicito a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico la inactivación de mi licencia de Médico Asistente en Puerto Rico. Las razones que median para la inactivación son las siguientes:

Yo, _____, certifico que lo antes declarado es cierto y correcto, y que entiendo lo que implica la inactivación de mi licencia, así como mi obligación de solicitar la reactivación de esta, antes de volver a ejercer como Médico Asistente.

Firma del Médico

Fecha

NOTAS:

1. Una licencia en estado inactivo significa que el Médico Asistente no posee derecho a ejercer en Puerto Rico, más no implica que el médico asistente ha perdido su licencia.
2. Un médico con una licencia en estado inactivo debe solicitar la reactivación a la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico antes de regresar a la práctica.
3. La Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico puede imponer ciertos requisitos y/o condiciones para la reactivación de una licencia, los cuales el Médico Asistente estará en la obligación de cumplir.

Para uso oficial:

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

(Rev. 6/3/2021 wir)

