



**DATOS PERSONALES**

FAVOR DE CUMPLIMENTAR TODOS LOS ENCASILLADOS (Liénese a maquinilla o letra de molde legible)

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_

FECHA Y LUGAR  
DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

(Mes) \_\_\_\_\_ (Día) \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ (pueblo/país)

DIRECCION POSTAL \_\_\_\_\_

TEL(RES) \_\_\_\_\_ TEL(CEL) \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS LEGALES**

1. ¿ES USTED CIUDADANO DE LOS ESTADOS UNIDOS? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

*En caso negativo explique papel aparte y adjúntelo a la solicitud.*2. ¿HA SIDO CONVICTO DE DELITO GRAVE? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
*En caso afirmativo explique en papel aparte y adjúntelo a la solicitud.*3. ¿PADECE USTED DE ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL, ADICCION A DROGAS, ALCOHOLISMO? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_. *En caso afirmativo someta una certificación médica, explicando la condición de salud actual.*4. ¿Usted padece de alguna CONDICION que requiera ACOMODO RAZONABLE para la reválida? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_.*En caso afirmativo deberá someta una CERTIFICACION OFICIAL por el especialista de salud explicando la condición y a su vez brindar los acomodos razonables recomendados.***PREPARACION ACADEMICA**

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_

Ubicación de la Institución \_\_\_\_\_

Año de Graduación \_\_\_\_\_

**CERTIFICACION DE SOLVENCIA MORAL**

**(PARA SER FIRMADOS POR DOS PROFESIONALES DE LA SALUD QUE  
PUEDAN DAR FE DE SUS CUALIDADES PROFESIONALES)**

***Los abajo firmantes CERTIFICAMOS a la Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnostico y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico que conocemos personalmente al solicitante desde hace por lo menos un año y que nos consta, de propio conocimiento, que es persona responsable, respetable y de buena conducta moral, por lo cual le consideramos apto (a) para ejercer su profesión en Puerto Rico.***

---

**NOMBRE**

---

**NOMBRE**

---

**DIRECCION**

---

**DIRECCION**

---

**# LICENCIA PROFESIONAL**

---

**# LICENCIA PROFESIONAL**

**INSTRUCCIONES PARA EL ASPIRANTE**

*Deberá cumplimentar toda la solicitud e incluir los siguientes requisitos :*

1. *Original y copia del Certificado de Nacimiento.*
2. *Original de Certificado Negativo de Antecedentes Penales. No mas de seis (6) meses de la fecha en que va ha radicar la solicitud.*
3. *Presentar Original y copia de la licencia de Tecnólogo Radiológico*
4. *Presentar Original y copia de la Tarjeta o Certificación de Registro vigente como Tecnólogo Radiológico*
5. *Original de Certificación de Grado y/o Original y copia del Diploma ( Post Asociado y/o Bachillerato).*
6. *Transcripción de Crédito Oficial con el Grado Otorgado (Post Grado Asociado y/o Bachillerato) en Tecnología en Imágenes de Diagnóstico con especialidad en la especialidad solicitada. Deberá enviarse directamente de la Universidad o Colegio y ser enviada directamente a:*  
*Junta de Tecnólogos Radiológicos (ESPECIALIDAD)*  
*P.O. Box 10200, Santurce, Puerto Rico 00908-0200*
7. *Dos sobres con sello DIRIGIDOS PARA USTED* 
8. *Pago por admisión a reválida por treinta dólares( \$30.00) por cada especialidad. Puede ser GIRO POSTAL (a nombre del Secretario de Hacienda) O pago por Sistema de ATH.*

**En relación a la CONVALIDACION DEL EXAMEN NACIONAL (ARRT) deberá someter los documentos todos del 1-7 y los siguientes documentos:**

1. **Original y Copia del Certificado de Aprobación.**
2. **Original y Copia de los Resultados de Reválida.**
3. **Original y Copia de la Tarjeta de Registro Vigente.**
4. **Presentar un \pago de ochenta (\$80.00) dólares a nombre de SECRETARIO DE HACIENDA mediante un Giro Postal y/ o Sistema de ATH.**



**HOJA DE COTEJO  
CERTIFICACION DE ESPECIALIDAD**

\_\_\_ POST GRADO ASOCIADO

\_\_\_ BACHILLERATO

- ( ) Tomografía Computadorizada ( ) Mamografía ( ) Resonancia Magnética  
( ) Densitometría Ósea ( ) Sistema Cardiovascular/Periferovascular

Certifico que el aspirante : \_\_\_\_\_

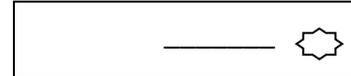
hizo entrega de los documentos para optar por el examen , hoy \_\_\_\_\_ de

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. **FECHA REVALIDA** \_\_\_\_\_

- \_\_\_ 1. *Original y copia del Certificado de Nacimiento.*
- \_\_\_ 2. *Original de Certificado Negativo de Antecedentes Penales  
(No más de seis (6) meses de la fecha en que va a radicar la solicitud)*
- \_\_\_ 3. *Original y copia de la licencia permanente de Tecnólogo Radiológico.*
- \_\_\_ 4. *Original y copia de la Tarjeta o Certificación de Registro Vigente como  
Tecnólogo Radiológico.*
- \_\_\_ 5. *Original y Copia del Diploma de la Especialidad . y/o Original  
Certificación de Grado.*
- \_\_\_ 6. *Transcripción de Crédito Oficial con el Grado Otorgado (Post Asociado  
y/o Bachillerato en la especialidad solicitada. Deberá ser solicitada a la  
Institución y que sea enviada directamente a :*

**Junta de Tecnólogos Radiológico (ESPECIALIDAD)  
P.O. Box 10200, Santurce, Puerto Rico 00908-0200**

- \_\_\_ 7. *Dos sobres con sello (PRE- DIRIGIDOS)*



- \_\_\_ 8. *Pago por admisión a reválida por treinta dólares (\$30.00) por cada  
Especialidad. Puede ser GIRO POSTAL (a nombre del Secretario de Hacienda) O  
pago por Sistema de ATH.*

**En relación a la CONVALIDACION DEL EXAMEN NACIONAL (ARRT) deberá someter los documentos todos del 1-7 y los siguientes documentos:**

- \_\_\_ 1) Original y Copia del Certificado de Aprobación.  
\_\_\_ 2) Original y Copia de los Resultados de Reválida.  
\_\_\_ 3) Original y Copia de la Tarjeta de Registro Vigente.  
\_\_\_ 4) Presentar un pago de ochenta (\$80.00) dólares mediante un Giro Postal a nombre de **SECRETARIO DE HACIENDA** y/ o Sistema de ATH.

**RECIBIDO POR:** \_\_\_\_\_