**SOLICITUD DE INGRESO AL COLEGIO**

|  |
| --- |
| I. Identificación del Solicitante |
|  |  |  |  |  |  | D / M / A |
| Apellido Paterno |  | Apellido Materno |  | Nombre e Inicial |  | Fecha de Nacimiento |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dirección Postal: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dirección Residencial: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Celular: |  | Correo electrónico: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| II. Licencia Profesional de: | [ ]  Terapeuta Ocupacional | [ ]  Asistente en Terapia Ocupacional  |  |
|  |   |   |  |  |
|  | A: [ ]  Provisional | # |  | Fecha de otorgación: | D / M / A |  Fecha de vencimiento: | D / M / A |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | B: [ ]  Permanente | # |  | Fecha de otorgación: | D / M / A |  Fecha de vencimiento: | D / M / A |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | C: Registro Profesional: | # |  | Fecha de otorgación: | D / M / A | Fecha de vencimiento: | D / M / A |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Últimos 4 dígitos S.S. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_III. Preparación Académica: |  |  |  | Género: □ Femenino □ Masculino |  |
|  |  |  |  |  |  |  □ No deseo opinar |  |
|  A. Por la que se le otorgó licencia profesional:  |  |  |  □ Otro |  |
|  |  Universidad:  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Grado Otorgado: |  | Año de graduación: | D / M / A |
|  |  |  |  |  |
|  B. Otros grados obtenidos:  |
|  |  Universidad:  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Grado Otorgado: |  | Año de graduación: | D / M / A |
|  |  |  |  |  |
|  |  Universidad:  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Grado Otorgado: |  | Año de graduación: | D / M / A |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**IV: Información de Práctica, de Empleo y Patrono**: Si tiene más de dos empleos, puede utilizar hojas adicionales.

***Práctica Primaria:***

**Tiempo:** 🞎Completo 🞎Parcial **Tipo de trabajo:** 🞎Público 🞎Privado 🞎 Sin Fines de Lucro

**Lugar de trabajo**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Puesto**: 🞎TO 🞎ATO

**Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Correo Electrónico**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎Administración 🞎Educación Universitaria 🞎Institución Hospitalaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎Sub-contratado por el DE 🞎Contratación directa con el DE 🞎Centros de Rehabilitación

🞎Instituciones penales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 Centros de Recuperación

🞎Hogares \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎Práctica Privada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 🞎Remedio Provisional 🞎Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Practica algún área de especialización?:** 🞎Asistencia Tecnológica 🞎Ergonomía 🞎Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Población a la que impacta:** 🞎 Pediátrica 🞎 Salud Mental 🞎 Salud Física 🞎 Geriatría

🞎Alzheimer 🞎Demencia 🞎Parkinson 🞎TBI 🞎 CVA 🞎 Lesiones al Cordón Espinal 🞎Autismo 🞎PEA 🞎Discapacidad Intelectual 🞎ADD/ADHD 🞎Síndrome Down 🞎Perlesía Cerebral 🞎Cáncer 🞎 VIH 🞎Fibromialgia 🞎Depresión

🞎Adicciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎Amputados 🞎Ciego 🞎Impedimentos Auditivos 🞎Impedimentos Visuales 🞎Condiciones degenerativas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎Condiciones terminales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Práctica Secundaria:***

**Tiempo:** 🞎Completo 🞎Parcial **Tipo de trabajo:** 🞎Público 🞎Privado 🞎 Sin Fines de Lucro

**Lugar de trabajo**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Puesto**: 🞎TO 🞎ATO

**Teléfono:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Correo Electrónico**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎Administración 🞎Educación Universitaria 🞎Institución Hospitalaria \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎Sub-contratado por el DE 🞎Contratación directa con el DE 🞎Centros de Rehabilitación

🞎Instituciones penales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎 Centros de Recuperación

🞎Hogares \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎Práctica Privada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 🞎Remedio Provisional 🞎Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Practica algún área de especialización?:** 🞎Asistencia Tecnológica 🞎Ergonomía 🞎Otros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Población a la que impacta:** 🞎 Pediátrica 🞎 Salud Mental 🞎 Salud Física 🞎 Geriatría

🞎Alzheimer 🞎Demencia 🞎Parkinson 🞎TBI 🞎 CVA 🞎 Lesiones al Cordón Espinal 🞎Autismo 🞎PEA 🞎Discapacidad Intelectual 🞎ADD/ADHD 🞎Síndrome Down 🞎Perlesía Cerebral 🞎Cáncer 🞎 VIH 🞎Fibromialgia 🞎Depresión

🞎Adicciones \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎Amputados 🞎Ciego 🞎Impedimentos Auditivos 🞎Impedimentos Visuales 🞎Condiciones degenerativas \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎Condiciones terminales\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 🞎Otros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| V: Documentos requeridos con esta solicitud:  |  |  |  |
|  | [ ]  Copia de la Licencia Profesional y Recertificación o copia de la licencia provisional, si aplica |
|  | [ ]  Copia de una tarjeta de identificación con foto (licencia de conducir, pasaporte o Real I.D.)\*Se requiere que al momento de comenzar a trabajar informe lugar, dirección y área de especialidad en la cual presta el servicio. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VI: Cuota a pagar | (Verificar en el Colegio cantidad a pagar, ya que depende de la fecha de otorgación de su licencia) |  |  |  |
|  | [ ]  Terapeuta Ocupacional | $ |  [ ]  Asistente en Terapia Ocupacional | $ |

**Adjunto** [ ]  cheque certificado (no se aceptan cheques personales) # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  giro postal # \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Favor de realizar el pago a nombre de: **Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico (CPTOPR)**

PO Box 361558

San Juan, Puerto Rico 00936-1558

|  |
| --- |
| De conformidad con lo que estipula la Ley 183 del 11 de diciembre de 2007 y el Reglamento del Colegio, someto mi solicitud como miembro del mismo. Certifico que los datos que he ofrecido son ciertos y autorizo al Colegio a verificar los mismos. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | (m/d/a) |
| Firma |  | Fecha  |

**Nota:** La información que se recopila en esta hoja de datos es para uso oficial del Colegio. Se usará para propósitos internos de naturaleza informativa, educativa o estadística; no se reproducirá ni se facilitará a terceros; se garantiza la confidencialidad de los datos y el uso de ésta no afectará los derechos y beneficios de los colegiados.

**Bienvenidos al Colegio de Profesionales de Terapia Ocupacional de Puerto Rico.**

Intégrate a tu colegio participando de las comisiones y comités de trabajo. Asiste a las Asambleas que se lleven a cabo.

Aprobada: 2 Nov. 2019