



COLEGIO DE PROFESIONALES DE LA ENFERMERIA DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE NUEVO INGRESO

Nombre y Apellidos como aparece en la Junta Examinadora de Enfermeras/os _____

Número de Licencia de Enfermería _____ Número de Seguro Social _____ Fecha del Nacimiento _____
mes día año

Sexo : Femenino () Masculino () Estado Civil _____

Dirección Postal (donde recibe correspondencia) _____

Zip Code _____

Teléfono: () _____ Celular: () _____ E-mail _____

Capítulo al que desea pertenecer de acuerdo a su Trabajo o Residencia:

1. Arecibo () 3. Carolina () 5. Humacao () 7. Ponce ()
2. Bayamón () 4. Guayama () 6. Mayaguez () 8. San Juan ()

Nombre de la Agencia de Trabajo _____
(Si Aplica)

Teléfono de la Agencia de Trabajo _____ Extención _____
(Si Aplica)

Tipo de Agencia : () Pública () Federal () Privada () Otros _____
(Si Aplica)

Preparación Académica : Asociado () Diploma () Bachillerato ()
Maestría () Doctorado () Otros _____

Categoría : Generalista () Asociada () Certificación () Especialista ()

* Debe acompañar la solicitud con una copia de su LICENCIA PROVISIONAL *

Fecha: _____ Firma: _____

Envío cantidad de _____ en:

--- Cheque certificado # _____
(No se aceptan cheques personales.)

--- Giro Postal # _____

--- Efectivo (solamente personalmente)

--- Tarjeta de Crédito (solamente personalmente) () ATH () VISA () MASTER CARD

* Si el pago es por correo, favor de enviarnos una FOTO 2x2, pago de colegiación y \$4.00 para procesarle la tarjeta del Colegio.*

* Si el pago es personalmente no tiene que traer FOTO, solamente pago de colegiación y \$4.00 para procesarle la tarjeta del Colegio.*