

**COLEGIO DE PROFESIONALES DE LA ENFERMERÍA DE PUERTO RICO**

DIVISION DE EDUCACIÓN CONTINUA

PO BOX 363647 SAN JUAN, PR 00936-3647 TEL. 787-753-7197 FAX 787-281-8438

FORMULARIO DE MATRÍCULA**Información Personal****Clasificación Profesional** () Grado Asociado
() Bachillerato () Maestría () Doctorado**Núm. Lic. R.N., Permanente o Especialista** /**Núm. Colegiado:**

Nombre:

Correo Electrónico:

Dirección postal y /o residencial (legible)

Teléfono Residencia:

Núm. teléfono celular:

Otra Profesión:**Núm. Licencia:****Código de Profesión:**

Certificado para segunda profesión () Si () No

Duplicado: (aplica solo para enfermería) () Si () No

Cantidad de duplicados:

Lugar de empleo:

Teléfono:

Ext.

INFORMACIÓN ACTIVIDAD EDUCATIVA

Código Actividad:

Horas Contacto: _____

Fecha a Ofrecerse:

Costo de la Actividad: \$ _____

Tema:

Lugar:

MÉTODO DE PAGO (Uso Oficial Solamente)

Pago en el Colegio:

() Efectivo () ATH () Giro

Pago por Correo:

() Cheque Certificado () Giro

Pago en Puerta:

() Efectivo () Giro

Certificado Crédito Número:

Cantidad (\$):

Observaciones:

Firma: _____

Fecha: _____

Instrucciones especiales:

1. Asegúrese que el tema seleccionado tiene el código aprobado para su profesión.
2. La puntualidad es compulsoria. Una vez comenzada la actividad no se permitirá el acceso a ningún participante que llegue más de 30 minutos tarde.
3. Todo participante debe cumplir con el horario estipulado de la actividad educativa y evidenciar con su firma la comparecencia a la misma.
4. No se permiten acompañantes, niños, mascotas dentro y en los alrededores del salón de clase.
5. No créditos o reembolsos después de efectuada la actividad. No cheques personales como método de pago.
6. Se retendrán los certificados de estar inactiva la colegiación o que exista un compromiso de pago.