



JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION EN LABORATORIO CLINICO

Datos Personales del profesional

Registro No. _____

1. *Nombre completo:* _____

2. *Nacionalidad:* _____

3. *Dirección particular:* _____

_____ *Tel.* _____

4. *Trabajo Actual:* _____

5. *Dirección trabajo actual:* _____

_____ *Tel.* _____

6. *Número de Documento Único de Identidad:* _____

7. *Fecha de Nacimiento:* _____ *Lugar:* _____

8. *Estado Civil:* _____ *NIT:* _____

9. *Graduado en la Universidad de:* _____

10. *Profesión:* _____

11. *Correo electrónico:* _____

12. *Fecha de Graduación:* _____

13. *Fecha de incorporación:* _____

14. *Referencias personales, nombre de dos profesionales en Laboratorio Clínico, con su respectivo número de Inscripción en esta Junta.*

LIC. _____ *No.* _____

LIC. _____ *No.* _____

San Salvador, _____ *de* _____ *del* _____

PRESIDENTE

SECRETARIO

(COMPLETAR ESTA SOLICITUD A MAQUINA)

SEÑORES

JUNTA DE VIGILANCIA DE LA

PROFESION EN LABORATORIO CLINICO

PRESENTE.-

YO, _____, MAYOR
DE EDAD, CON NUMERO DE DOCUMENTO UNICO DE IDENTIDAD _____,
LICENCIADO (a) EN LABORATORIO CLINICO, A USTEDES ATENTAMENTE SOLICITO SER
INSCRITO EN EL REGISTRO DE PROFESIONALES CORRESPONDIENTE, CONFORME
DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES DE LA LEY DEL CONSEJO SUPERIOR DE SALUD
PUBLICA Y DE LAS JUNTAS DE VIGILANCIA DE LAS PROFESIONES DE SALUD, PARA LO
CUAL ACOMPAÑA LOS DOCUMENTOS QUE ESE ORGANISMO REQUIERE.

SAN SALVADOR, _____ DE _____ DEL _____

F: _____

(SOLICITUD DE AUTORIZACION DE SELLO DE IDENTIDAD PERSONAL)

SEÑORES

**JUNTA DE VIGILANCIA DE LA
PROFESION EN LABORATORIO CLINICO
PRESENTE.-**

**YO , _____ MAYOR DE
EDAD , CON NUMERO DE DOCUMENTO UNICO DE IDENTIDAD _____
EXPEDIDO EN _____ , CON NUMERO DE
JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION EN LABORATORIO CLINICO _____ , CON
EL FIN DE DARLE CUMPLIMIENTO A LOS ARTICULOS 313 Y 314 DEL CODIGO DE SALUD
SOLICITO SE ME AUTORICE LA ELABORACION DE UNO O DOS SELLOS DE IDENTIFI-
CACION PROFESIONAL , LOS CUALES SERAN ELABORADOS POR LA FABRICA DE -----
SELLOS DE HULE. _____
(nombre y direcciòn de imprenta)**

SAN SALVADOR , _____ DE _____ DEL _____

F : _____

NOMBRE :

LA JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESION DE LABORATORIO CLINICO, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTICULOS 313 Y 334 DEL CODIGO DE SALUD, AUTORIZA A LA FABRICA DE SELLOS DE HULE _____ PARA LA ELABORACION DE UNO O DOS SELLOS DEL (a) LICENCIADO (a) o TECNOLOGO MEDICO EN LABORATORIO CLINICO _____, EL CUAL DEBERAN TENER EL NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL, PRECEDIDO DE LA MENCION DEL TITULO ACADEMICO QUE PODRA ABREVIARSE Y EN LA PARTE INFERIOR LA CLASE DE TITULO Y EL NUMERO DE INSCRIPCION DEL PROFESIONAL EN LA J.V.P L.C.

MODELO DE SELLO:

MEDIDAS:

4.7 Cms. X 1.8 Cms



REQUISITOS PARA LA INSCRIPCION DE PROFESIONALES EN LABORATORIO CLINICO.

1. TITULO ORIGINAL EXTENDIDO POR LA UNIVERSIDAD RESPECTIVA (SOLAMENTE PARA CONFRONTAR CON COPIA)
2. EL TITULO ORIGINAL DEBERA ESTAR AUTENTICADO POR EL MINISTERIO DE EDUCACION. (ANEXAR COPIA DE AUTENTICA)
3. FOTOCOPIA DE TITULO TAMAÑO CARTA
4. FOTOCOPIA DE DOCUMENTO UNICO DE IDENTIDAD
5. PARTIDA DE NACIMIENTO ORIGINAL (RECIENTE POR LO MENOS 6 MESES)
6. PAGO DE DERECHOS POR INSCRIPCIÓN \$19.99
7. 1 FOTOGRAFIA TAMAÑO CEDULA Y 1 TAMAÑO PASAPORTE (6 x 4.5 Cms.) (DE TIEMPO, PAPEL GRANULADO, BLANCO Y NEGRO, Y TRAJE FORMAL)
8. CONSTANCIA DE FINALIZACION DEL SERVICIO SOCIAL (CON SELLO ORIGINAL)
9. COMPLETAR LOS FORMULARIOS ADJUNTOS A DATOS PERSONALES, SOLICITUD Y AUTORIZACION DE SELLOS DE IDENTIFICACION PROFESIONAL.
10. ESTAR SOLVENTE DE ANUALIDADES DEL NÚMERO PROVISIONAL DE EGRESADO/A.
(PRESENTAR FOTOCOPIA DE RECIBOS)
11. ELABORACION DE SELLO \$10.00 No. 9412
\$12.00 No. 4912
\$ 7.00 No. 9012