

 CSSP CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA	CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO	Código: CSSP-JVPLC-AP-1-3	
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PERMANENTE	Versión: 03	
		Fecha: 08/08/2023	
		Página 1 de 4	

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PERMANENTE

Datos personales del profesional

Registro No.: _____

1. Nombre completo: _____

2. Nacionalidad: _____

3. Dirección particular: _____

_____ Teléfono: _____

4. Trabajo Actual: _____

5. Dirección trabajo Actual: _____

_____ Teléfono: _____

6. Número de DUI: _____ Estado Civil: _____

7. Fecha de Nacimiento: _____ Lugar: _____

8. Graduado en la Universidad de: _____

9. Profesión: _____

10. Correo Electrónico: _____

11. Fecha de Graduación: _____ Fecha de Incorporación: _____

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

Licenciado/a _____ No. _____

Licenciado/a _____ No. _____

San Salvador, _____ de _____ del _____

PRESIDENTE

SECRETARIO

	CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO	Código: CSSP-JVPLC-AP-1-3	
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PERMANENTE	Versión: 03	
		Fecha: 08/08/2023 Página 2 de 4	

(COMPLETAR SOLICITUD)

SEÑORES

JUNTA DE VIGILANCIA DE LA
PROFESIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO
PRESENTE.-

YO, _____, MAYOR DE EDAD, CON
NÚMERO DE DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD _____, LICENCIADO (a)
EN LABORATORIO CLÍNICO, A USTEDES ATENTAMENTE SOLICITO SER INSCRITO EN
EL REGISTRO DE PROFESIONALES CORRESPONDIENTE, CONFORME A LAS
DISPOSICIONES LEGALES PERTINENTES DE LA LEY DEL CONSEJO SUPERIOR DE
SALUD PÚBLICA 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: _____

	CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO	Código: CSSP-JVPLC-AP-1-3	
		Versión: 03	
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PERMANENTE	Fecha: 08/08/2023	
		Página 3 de 4	

(SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SELLO DE IDENTIDAD PERSONAL)

SEÑORES

JUNTA DE VIGILANCIA DE LA
PROFESIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO
PRESENTE.-

YO , _____ MAYOR DE EDAD , CON NÚMERO
DE DOCUMENTO ÚNICO DE IDENTIDAD _____ EXPEDIDO EN
_____, CON NÚMERO DE JUNTA DE VIGILANCIA
DE LA PROFESIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO _____, CON EL FIN DE DARLE
CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 313 Y 314 DEL CÓDIGO DE SALUD, SOLICITO SE
ME AUTORICE LA ELABORACIÓN DE UNO O DOS SELLOS DE IDENTIFICACIÓN
PROFESIONAL , LOS CUALES SERÁN ELABORADOS POR LA FÁBRICA DE SELLOS DE
HULE. _____

(nombre y dirección de imprenta)

SAN SALVADOR , _____ DE _____ DEL _____

F : _____

NOMBRE :

	CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN EN LABORATORIO CLÍNICO	Código: CSSP-JVPLC-AP-1-3	
		Versión: 03	
	SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PERMANENTE	Fecha: 08/08/2023	
		Página 4 de 4	

LA JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE LABORATORIO CLÍNICO, EN CUMPLIMIENTO A LOS ARTÍCULOS 313 Y 334 DEL CÓDIGO DE SALUD , AUTORIZA A LA FÁBRICA DE SELLOS DE HULE _____ PARA LA ELABORACIÓN DE UNO O DOS SELLOS DEL (a) LICENCIADO (a) o TECNÓLOGO MÉDICO EN LABORATORIO CLÍNICO _____ , EL CUAL DEBERÁ TENER EL NOMBRE COMPLETO DEL PROFESIONAL, PRECEDIDO DE LA MENCIÓN DEL TÍTULO ACADÉMICO QUE PODRÁ ABREVIARSE Y EN LA PARTE INFERIOR LA CLASE DE TÍTULO Y EL NÚMERO DE INSCRIPCIÓN DEL PROFESIONAL EN LA J.V.P L.C.

MODELO DE SELLO:

MEDIDAS:

4.7 Cms. X 1.8 Cms

