



Oficina del Fiscal General de Nueva Jersey
División de Asuntos del Consumidor
Junta de Farmacia
124 Halsey Street, 6th Floor, P.O. Box 45013
Newark, New Jersey 07101
(973) 504-6450

Requisitos para el registro

Para ser considerado como un técnico de farmacia en el estado de Nueva Jersey, una persona debe:

- 1) Tener al menos 18 años,
- 2) Poseer un título de la escuela secundaria o su equivalente **
- 3) Completar la solicitud y pagar las tasas:
 - a) la tasa de solicitud no reembolsable de 50 dólares y
 - b) la tasa de inscripción
 - para las solicitudes presentadas del 1 de septiembre de 2021 al 1 de junio de 2022, la cuota de inscripción es de 35 dólares
 - para las solicitudes presentadas del 2 de junio de 2022 al 31 de agosto de 2023, la cuota de inscripción es de 70 dólares
- 4) Ser sometido a una comprobación de antecedentes penales

** Según lo dispuesto en N.J.A.C. 13:39-6.6(d), todas las personas que estaban empleadas como técnicos de farmacia al 4 de septiembre de 2007 estarán exentas del requisito de poseer un diploma de escuela secundaria o su equivalente.

Comprobación de antecedentes penales

- 1) N.J.S.A. 45:1-28 exige que todos los solicitantes se sometan a una comprobación de antecedentes penales como condición para obtener la licencia.
- 2) El "Formulario de certificación y autorización para la verificación de antecedentes penales" será incluido como parte de su solicitud.
- 3) Usted debe llenar y presentar este formulario como parte de su solicitud; una vez presentado este formulario se le enviará información sobre los pasos necesarios para la toma de huellas dactilares.
- 4) Los informes de antecedentes penales generados para o por otra agencia o empleador **no** son aceptables para completar este requisito.
- 5) Su licencia no se emitirá hasta que se haya recibido y revisado los resultados completos de la verificación de antecedentes.
- 6) Los informes de antecedentes penales requerirán que el solicitante presente documentación adicional para que la Junta la revise.



Oficina del Fiscal General de Nueva Jersey

División de Asuntos del Consumidor
Junta de Farmacia
124 Halsey Street, 6th Floor, P.O. Box 45013
Newark, New Jersey 07101
(973) 504-6450

Procedimiento de solicitud

Lea atentamente la solicitud, los estatutos, los reglamentos y todas las instrucciones. Los estatutos y reglamentos están disponibles en el sitio web de la Junta en www.njconsumeraffairs.gov/phar/Pages/regulations.aspx. Es su responsabilidad estar al tanto de los requisitos de registro y proporcionar toda la documentación necesaria. (Si ha recibido la solicitud de otra manera que no sea directamente de la Junta o de su sitio web oficial, es posible que la solicitud esté obsoleta o no sea una versión oficial).

- 1) Imprima la solicitud desde www.njconsumeraffairs.gov/Pages/Applying-For-A-License-Spanish.aspx
- 2) Envíe por correo electrónico la solicitud completada con una fotografía adjunta a: NJPharmTech@dca.njoag.gov
O envíela por correo postal a Board of Pharmacy, P.O. Box 45013, Newark, NJ 07101;
- 3) Envíe las tasas indicadas a continuación en forma de cheque o giro postal a nombre del "State of New Jersey " junto con su solicitud;
 - a) una tasa de solicitud no reembolsable de 50 dólares y
 - b) tasa de inscripción
 - para las solicitudes presentadas del 1 de septiembre de 2021 al 1 de junio de 2022, la cuota de inscripción es de 35 dólares
 - para las solicitudes presentadas del 2 de junio de 2022 al 31 de agosto de 2023, la cuota de inscripción es de 70 dólares
- 4) Presentar una copia legible de su partida de nacimiento; si el nombre que aparece en su solicitud difiere del que nombre en su partida de nacimiento, deberá enviar documentación que acredite un cambio de nombre legal (licencia de matrimonio, certificado de matrimonio o sentencia judicial).
- 5) Tras la presentación del formulario de certificación y autorización para la comprobación de antecedentes penales (parte de la solicitud), se le enviará más información para completar la verificación de antecedentes.
- 6) Revise su solicitud para ver si es correcta y está completa antes de presentarla a la Junta; las solicitudes incompletas serán devueltas y retrasarán su registro.

Adjunte una fotografía clara, tipo pasaporte (2" x 2") de su cabeza y hombros, tomada en los últimos seis meses.

Se requiere una fotografía con cada solicitud.

No utilice grapas para fijar la fotografía.



Oficina del Fiscal General de Nueva Jersey
División de Asuntos del Consumidor
Junta de Farmacia
124 Halsey Street, 6th Floor, P.O. Box 45013
Newark, New Jersey 07101
(973) 504-6450

Solicitud de registro como técnico de farmacia

Fecha: _____

Junto con esta solicitud debe presentarse una tasa de solicitud no reembolsable de 50 dólares, en forma de cheque o giro postal a nombre de *State of New Jersey*. (Los solicitantes deben ser conscientes de que, si la tasa de presentación de la solicitud se paga con un cheque personal, y el cheque es devuelto por el banco por falta de fondos, el siguiente paso en el proceso de registro se retrasará hasta que la tasa sea pagada).

La ley impide a la División revelar al público el lugar de residencia de los titulares de licencias o solicitantes, sin su consentimiento. Sin embargo, se le pide que proporcione una dirección que pueda ser divulgada al público en nuestros directorios o en respuesta a otras solicitudes (marcando la casilla correspondiente). Si proporciona su lugar de residencia como su dirección pública de registro, se asumirá que ha dado su consentimiento para que esa dirección sea revelada. Si no da su consentimiento para la divulgación de su lugar de residencia, debe proporcionar una dirección registrada distinta de su lugar de residencia que pueda ser divulgada al público. Una de sus direcciones debe incluir una calle, ciudad, estado y código postal.

La información que proporcione en esta solicitud puede estar sujeta a la divulgación pública de acuerdo con la Ley de Registros Públicos Abiertos (OPRA).

Por favor, escriba claramente. Debe responder a todas las preguntas de esta solicitud.

Cualificaciones

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Tiene usted al menos 18 años? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene un diploma de secundaria o un GED? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene un buen nivel de inglés hablado y escrito? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

En caso de que esta certificación sea falsa, usted puede ser objeto de una acción disciplinaria por parte de la Junta.

Información personal

Fecha de nacimiento: _____
Mes Día Año

(**Debe** incluir una copia de su certificado de nacimiento.)

Lugar de nacimiento: _____
Ciudad Estado País

Nombre Sr. _____
 Sra. _____
 Srta. _____
Apellido Primer nombre Inicial segundo nombre (Nombre de soltera)

Doy permiso para que se entregue correo oficial de la Junta a través de internet a la dirección de correo electrónico que he proporcionado en esta solicitud.

Correo postal: _____
Calle o Apartado Postal Ciudad Estado Código Postal País

Número de la Seguridad Social/Número de identificación del contribuyente individual/Número de identificación emitido por la división

Debe proporcionar su número de la Seguridad Social a la Junta o al Comité. Si no tiene un número de la Seguridad Social, debe proporcionar su número de identificación de contribuyente individual (ITIN). El incumplimiento de este requisito puede dar lugar a la negación o no renovación de la licencia o la certificación.

Si no dispone de un número de la Seguridad Social o de un número de identificación fiscal individual, deberá presentar un formulario de certificación. Por favor, póngase en contacto con la Junta/Comité para obtener más instrucciones.

*Número de Seguridad Social: _____ - _____ - _____

* De acuerdo con N.J.S.A. 54:50-24 y siguientes de la ley tributaria de Nueva Jersey, N.J.S.A. 2A:17-56.44e de la Ley de Ejecución de la Manutención de los Hijos de Nueva Jersey, el artículo 1128E(b)(2)A de la Ley de la Seguridad Social y 45 C.F.R. 60.7, 60.8 y 60.9, la Junta o el Comité están obligados a obtener su número de la Seguridad Social. De acuerdo con estas autoridades, la Junta o el Comité también están obligados a proporcionar su número de la Seguridad Social a:

- el Director de Impuestos para ayudar en la administración y aplicación de cualquier ley fiscal, incluso con el fin de revisar el cumplimiento de la ley fiscal del Estado y actualizar y corregir los registros fiscales;
- la División de Libertad Condicional o cualquier otro organismo responsable de la ejecución de la manutención de los hijos, previa solicitud; y
- el Banco de Datos Nacional de Practicantes y el H.I.P. Banco de Datos, al notificar acciones adversas relacionadas con los profesionales de la salud.

Manutención de hijos

Por favor, certifique, bajo pena de perjurio, lo siguiente:

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|----|
| a. ¿Tiene actualmente una obligación de manutención de los hijos? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| (1) En caso de ""Sí"", ¿está usted en mora en el pago de dicha obligación? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| (2) En caso afirmativo, ¿el importe de los atrasos es igual o superior al importe total a pagar en los últimos seis meses? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| b. ¿Ha dejado de proporcionar alguna cobertura de seguro médico ordenada por el tribunal durante los últimos seis meses? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| c. ¿No ha respondido a una citación relacionada con un procedimiento de paternidad o de manutención de los hijos? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |
| d. ¿Es usted objeto de una orden de detención relacionada con la manutención de los hijos? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | No |

De acuerdo con N.J.S.A. 2A:17-56.44d, una respuesta de "Si" a cualquiera de las preguntas de la a(1) a la d dará lugar a la negación del registro. Además, cualquier certificación falsa de lo anterior puede ser objeto de una sanción, que incluye, entre otras cosas, la revocación o suspensión inmediata del registro.

Nombre del solicitante (en letra de imprenta)

Firma del solicitante

Fecha

Preguntas sobre el estado médico

La siguiente pregunta se refiere al uso ilegal de sustancias peligrosas controladas. Por favor, lea las definiciones con atención. Sus respuestas se tratarán de forma confidencial y se conservarán por separado. Tenga en cuenta que tiene derecho a decidir no responder a esta pregunta si tiene motivos razonables para creer que responder puede exponerle a la posibilidad de un proceso penal. En ese caso, puede hacer valer el privilegio de la Quinta Enmienda contra la autoinculpación. Cualquier reclamación del privilegio de la Quinta Enmienda debe hacerse de buena fe. Si decide acogerse a la Quinta Enmienda, deberá hacerlo por escrito. Debe responder a todas las demás preguntas de la solicitud de forma completa. Su solicitud de licencia o certificación será procesada si alega el principio de la Quinta Enmienda contra la autoincriminación. Sin embargo, debe tener en cuenta que el Fiscal General puede pedirle más adelante que responda una pregunta que usted se haya negado a contestar basándose en la Quinta Enmienda, siempre y cuando el Fiscal General le conceda primero la inmunidad que le otorga la ley estatutaria, (N.J.S.A. 45:1-20).

"**Actualmente**" no significa en el día de, ni siquiera en las semanas o meses anteriores a la realización de esta solicitud. Más bien, significa que es lo suficientemente reciente como para que el consumo de drogas pueda tener un impacto continuo en el funcionamiento de la persona como licenciada, o dentro de los 365 días anteriores, cualquiera que sea el plazo más extenso.

Por "**uso ilegal de sustancias peligrosas controladas**" se entiende el uso de una sustancia peligrosa controlada obtenida ilegalmente (por ejemplo, heroína o cocaína), así como el uso de sustancias peligrosas controladas que no se hayan obtenido con una receta válida o que no se hayan tomado de acuerdo con las indicaciones de un profesional sanitario autorizado.

- 1.) ¿Quiere hacer valer su privilegio de la Quinta Enmienda? Si No
- 2.) ¿Está usted actualmente involucrado en el uso ilegal de sustancias peligrosas controladas? (Como ya se ha dicho, "actualmente" se define como "lo suficientemente reciente... [como para] tener un impacto continuo..." o "en los últimos 365 días", cualquiera que sea más extenso). Si No
- 3.) ¿Participa actualmente en un programa de rehabilitación supervisado o en un programa de asistencia profesional que le supervisa para asegurarse de que no participa en el consumo ilegal de sustancias peligrosas controladas? Si No

Nombre del solicitante (en letra de imprenta)

Firma del solicitante

Fecha

Apellido: _____

Cambio de nombre

Indique cualquier otro nombre que pueda aparecer en los documentos que se presenten como parte de su solicitud (es decir, nombre de soltera, cambio de nombre legal, etc.) Si ha cambiado de nombre, debe proporcionar a la Junta una copia del documento legal asociado (certificado de matrimonio, sentencia de divorcio u orden judicial). Por favor, cargue el documento al final de esta solicitud utilizando la página de carga de documentos.

¿Alguna vez ha cambiado su nombre o hay otros nombres que puedan aparecer en los documentos que está presentando? Si No

Antecedentes penales

1. ¿Alguna vez ha sido citado, puesto bajo custodia, arrestado, acusado formalmente, imputado o procesado por cualquier violación de la ley, ordenanza, delito grave, delito menor o delito de desorden público, ya sea municipal, estatal, federal o en otros países? Si No
2. ¿Se ha desestimado algún cargo (de los que se identifican en la pregunta 1) tras la finalización con éxito de la intervención previa al juicio (P.T.I.)? Si No
3. ¿Ha sido alguna vez condenado por alguna violación de la ley, ordenanza, delito grave, delito menor o delito de desorden público, ya sea municipal, estatal, federal o en otros países? Esto incluye, pero no se limita a, una declaración de culpabilidad, non vult, nolo contendere, sin disputa, o una declaración de culpabilidad por un juez o un jurado. Si No
4. ¿Hay algún cargo penal pendiente contra usted en cualquier municipio, estado o jurisdicción federal, o en otros países? Si No
5. ¿Ha completado el proceso de toma de huellas dactilares para cualquier Junta o Comité de la División de Asuntos del Consumidor de Nueva Jersey desde noviembre de 2003? Si No

Instrucciones

Si ha respondido "No" a alguna de las preguntas anteriores porque el arresto y/o la condena subyacente han sido expurgados, verifique que la expurgación se haya llevado a cabo. (Un sobreseimiento no implica la expurgación).

Si ha respondido "Sí" a alguna de las preguntas anteriores, proporcione una explicación por escrito de las circunstancias que condujeron a la acción y envíe lo siguiente: una copia fiel de todos los informes policiales, la sentencia condenatoria, la orden de condena y la orden de finalización de la libertad condicional; cualquier documento (incluidas las cartas de referencia del empleador o del supervisor, si corresponde) que presente pruebas claras y convincentes de rehabilitación.

Puede obtener copias de los fallos, las sentencias, las condenas y las órdenes de terminación de la libertad condicional en la oficina de la secretaría del tribunal del condado o del tribunal municipal donde se emitieron y archivaron dichas órdenes, que eliminan la condena.

Los informes policiales pueden obtenerse en el departamento de policía donde se produjo el o los arrestos.

Toda la documentación debe cargarse en la sección "Adjuntar documentos" al final de la solicitud.

Usted tiene una responsabilidad continua de revelar las condenas por crímenes o delitos. Deberá notificar a la Junta o al Comité, en un plazo de cinco (5) días hábiles, si es condenado por algún delito o infracción después de haber presentado esta solicitud.

Solicitud anterior

¿Ha solicitado anteriormente una licencia, registro o certificación profesional u ocupacional, en Nueva Jersey, en cualquier otro estado, en el Distrito de Columbia o en cualquier otra jurisdicción?

Sí No

Licencia previa

¿Posee actualmente, o ha poseído alguna vez, una licencia, registro o certificado profesional u ocupacional de cualquier tipo en Nueva Jersey, en cualquier otro estado, en el Distrito de Columbia o en cualquier otra jurisdicción?

Sí No

Preguntas adicionales

Si responde "Sí" a alguna de las siguientes preguntas, deberá proporcionar a la Junta una explicación completa por escrito de las circunstancias que motivaron la acción.

Adjunte la o las explicaciones al final de la solicitud.

1. ¿Alguna vez ha sido citado por razones disciplinarias o se le ha negado una licencia, registro o certificado profesional u ocupacional de cualquier tipo en Nueva Jersey, en cualquier otro estado, en el Distrito de Columbia o en cualquier otra jurisdicción?
 Sí No
2. ¿Alguna vez se le ha suspendido, revocado o pedido que devuelva una licencia, registro o certificado profesional u ocupacional de cualquier tipo en Nueva Jersey, en cualquier otro estado, en el Distrito de Columbia o en cualquier otra jurisdicción?
 Sí No
3. ¿Se ha emprendido alguna acción (incluyendo la imposición de multas u otras sanciones) contra su práctica profesional por parte de alguna agencia o junta de licencias/certificación en Nueva Jersey, en cualquier otro estado, en el Distrito de Columbia o en cualquier otra jurisdicción?
 Sí No
4. ¿Ha sido nombrado alguna vez como acusado en algún litigio relacionado con el ejercicio de alguna profesión u ocupación, en Nueva Jersey, en cualquier otro estado, en el Distrito de Columbia o en cualquier otra jurisdicción?
 Sí No
5. ¿Tiene conocimiento de alguna investigación pendiente contra una licencia, registro o certificado profesional u ocupacional emitido a su favor por una junta profesional u ocupacional en Nueva Jersey, en cualquier otro estado, en el Distrito de Columbia o en cualquier otra jurisdicción?
 Sí No
6. ¿Ha sido sancionado alguna vez o tiene pendiente alguna acción ante algún empleador, asociación, sociedad u otro grupo profesional relacionado con el ejercicio de alguna profesión u ocupación, en Nueva Jersey, en cualquier otro estado, en el Distrito de Columbia o en cualquier otra jurisdicción?
 Sí No
7. ¿Tiene conocimiento de que alguna persona o entidad haya presentado alguna vez una denuncia o acusación contra usted en relación con una conducta sexual inapropiada, acoso sexual o agresión sexual, incluyendo, pero sin limitarse a una denuncia civil o una acusación penal; una denuncia presentada ante un foro de resolución alternativa de conflictos (incluyendo, pero sin limitarse a un foro de mediación); una denuncia presentada por o ante una autoridad encargada de conceder licencias o una agencia gubernamental; o una denuncia presentada ante un empleador, institución educativa, asociación profesional u otra entidad?
 Sí No

Educación Secundaria

¿Se ha graduado de la escuela secundaria, ya sea en los Estados Unidos o en un país extranjero, con un GED o con un diploma? Sí No

¿Cuál es el nombre y la dirección de la escuela secundaria a la que asistió? _____
Nombre de la escuela secundaria

Calle Ciudad Estado Código postal

País de la escuela Desde: _____ a _____
Mes/Día/Año Mes/Día/Año

Tipo de graduación: Diploma GED No se graduó

Si se trata de un GED, fecha de expedición del certificado: _____
Mes/Día/Año

Empleo

¿Está trabajando actualmente como técnico de farmacia? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre y la dirección de la farmacia y las fechas de contratación.

Nombre de la farmacia

Calle Ciudad Estado Código postal

Fechas de empleo

Apellido: _____

Lista de verificación

El proceso de revisión de la solicitud no comenzará hasta que la Junta reciba su solicitud y los documentos requeridos. Si presenta algún documento que no esté en inglés, deberá traducirlo y certificarlo ante notario.

Incluya los siguientes documentos con su solicitud:

- Una fotografía tamaño pasaporte (2" x 2") de su cabeza y hombros tomada en los últimos seis meses.
- Presentar una copia legible de su partida de nacimiento; si el nombre que aparece en su solicitud difiere del nombre en su partida de nacimiento, deberá aportar documentación que acredite un cambio de nombre legal (licencia de matrimonio, certificado de matrimonio o sentencia judicial)

Incluya los siguientes documentos adicionales SÓLO si aplica:

- Si el nombre que figura en su solicitud difiere del que figura en su partida de nacimiento, deberá aportar la documentación que acredite el cambio de nombre legal (licencia de matrimonio, certificado de matrimonio o sentencia judicial). El nombre de soltera no puede ser sustituido por el segundo nombre o la inicial del segundo nombre, a menos que lo autorice un tribunal.
- Si ha respondido "Sí" a alguna de las preguntas sobre el estado de salud, debe presentar la documentación médica y cualquier otra documentación que desee que sea considerada por la junta. En el caso de las preguntas que se refieren al uso ilegal de sustancias o actividades peligrosas controladas, si ha optado por hacer valer su privilegio de la Quinta Enmienda, debe hacerlo por escrito y especificar la pregunta o preguntas que razonablemente cree que pueden exponerle a la posibilidad de un proceso penal.
- Si alguna vez ha sido condenado por algún crimen o delito, presente una copia fiel de todos los informes policiales, de la sentencia condenatoria, de la orden de sentencia y de la terminación de la libertad condicional. También debe presentarse cualquier documento que presente pruebas claras y convincentes de rehabilitación.

Póngase en contacto con la Junta de Farmacia de Nueva Jersey utilizando esta dirección de correo electrónico:

NJPharmTech@dca.njoag.gov

Antes de presentar su solicitud, compruebe que todas las secciones estén completas. Si no se ha completado alguna sección, el proceso de solicitud se retrasará.

Además de rellenar todas las secciones de la solicitud, debe aceptar la declaración que figura a continuación.

Declaración

Declaro que soy el solicitante y que toda la información que he proporcionado es verdadera, completa y exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier omisión, inexactitud o falta de divulgación completa puede ser considerada suficiente por la Junta para negar la certificación/licencia. Entiendo que si alguna de las informaciones que he proporcionado es deliberadamente falsa, me expongo a una sanción.

Nombre en letra de imprenta

Firma

Fecha

NJPharmTech@dca.njoag.gov

Sólo cuando sea procedente, puede enviar cualquier elemento por correo a:

Board of Pharmacy
PO Box 45013
Newark, NJ 07101

Exclusivo para uso oficial

Licencia doble
Licencia Tipo 1

Número del Solicitante

Licencia Tipo 2

Número del Solicitante



Oficina del Fiscal General de Nueva Jersey
 División de Asuntos del Consumidor
 Junta de Masaje y Terapia Corporal de
 Nueva Jersey
 P.O. Box 45048
 Newark, New Jersey 07101
 (973) 504-6520

Exclusivo para uso oficial

Volver a presentar

Junta o Comité

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA COMPROBACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES

Indicaciones: Responda a todas las preguntas de esta solicitud.

1. Nombre Sr. Sra. Srta. _____ (_____)
Apellido Primer nombre Inicial segundo nombre Nombre de soltera
2. Dirección: _____
Calle o Apartado Postal Ciudad Estado Código postal
3. Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género: Masculino Femenino
Mes Día Año
4. Número de seguro social: ____/____/____
5. ¿Ha completado el proceso de toma de huellas dactilares para cualquier **Junta o Comité de la División de Asuntos del Consumidor de Nueva Jersey** desde noviembre de 2003? Si No
 Si la respuesta es "No", recibirá un correo separado de la Junta o del Comité sobre el proceso de verificación de antecedentes penales. Por ahora no es necesario pagar.
 Si la respuesta es "Si", facilite la siguiente información y siga las instrucciones que se indican a continuación:
- _____ Consejo o comité que solicita la toma de huellas dactilares
 _____ Mes y año en que le tomaron las huellas dactilares

Si se le tomaron las huellas dactilares después de noviembre de 2003 como parte del proceso de antecedentes penales para la obtención de la licencia o la certificación por parte de cualquier otra **Junta o Comité de la División de Asuntos del Consumidor de Nueva Jersey** (no se requiere una comprobación de antecedentes realizada para el Departamento de Educación, otra agencia estatal u otro estado), no se le exigirán las huellas dactilares por segunda vez. Sin embargo, la División debe realizar una comprobación de los antecedentes penales cada vez que solicite la licencia o la certificación. **La tarifa de este servicio es de 18.75 dólares.** El pago debe hacerse en forma de cheque o giro postal a nombre del Estado de Nueva Jersey y debe incluirse en el paquete de solicitud.

6. ¿Ha sido alguna vez detenido y/o condenado por un crimen o delito? (No es necesario enumerar las infracciones de tráfico menores, como las de estacionamiento o exceso de velocidad). Si No

Todas las condenas de este tipo que consten en el registro deben ser reveladas. Junto con este formulario se debe presentar una copia fiel de cada informe policial, sentencia condenatoria, orden de condena y orden de finalización de la libertad condicional, en caso de ser procedente. Junto con este formulario debe presentarse cualquier documento (incluidas las cartas de referencia del empleador o del supervisor, si procede) que presente pruebas claras y convincentes de la rehabilitación. **El incumplimiento de estas instrucciones puede dar lugar a la denegación de la solicitud inicial.**

Nota: Las copias de las sentencias, las condenas y las órdenes de terminación de la libertad condicional pueden obtenerse en el secretariado del condado en el que se emitieron y archivaron dichas órdenes, dispuestas por la condena.

Su responsabilidad permanente de revelar las condenas por delitos o faltas: Usted **debe** notificar a la Junta o al Comité en un plazo de cinco (5) días hábiles en caso de ser condenado por cualquier delito o infracción después de haber completado este formulario.

CERTIFICACIÓN

Yo, _____, al presentar esta solicitud a la Junta o al Comité para la certificación o licencia, certifico que soy el solicitante y que toda la información proporcionada en relación con esta solicitud es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier omisión, inexactitud o falta de declaración completa puede considerarse suficiente para rechazar la certificación o la licencia o para retener la renovación o suspender o revocar un certificado o licencia emitida por la Junta o el Comité.

Consiento voluntariamente que se lleve a cabo una investigación exhaustiva de mi empleo actual y pasado y de otras actividades con el fin de verificar mis calificaciones para la certificación o la licencia. Además, autorizo a todas las instituciones, empleadores, agencias y todos los organismos e instrumentos gubernamentales (locales, estatales, federales o extranjeros) a divulgar cualquier información, archivo o registro que solicite la Junta o el Comité.

Certifico que las anteriores declaraciones realizadas por mí son veraces. Soy consciente de que en el caso de que alguna de las declaraciones anteriores sea deliberadamente falsa, me expongo a una sanción.

Firma del solicitante

Fecha