



FORMULARIO DE VERIFICACION DE LICENCIAS EN ENFERMERIA

Se completa solo por la autoridad que otorga licencias

Sección 1: Instrucciones

Sírvase proporcionar la información que se requiere a continuación y devuélvala a la *International Education Research Foundation* (Fundación para el Fomento de la Investigación Educativa Internacional).

Este formulario debe ser enviado directamente a IERF en la siguiente dirección:

Post Office Box 3665
Culver City, California 90231-3665
U.S.A.

Section 2: Escriba con letras de imprenta o a máquina.

Nombre de solicitante: _____

Nombre de centro de Registro / Otorgamiento de Licencias: _____

Dirección de centro de Registro / Otorgamiento de Licencias: _____

Teléfono: () _____ Fax: () _____ Email: _____

Fecha de primer Registro / Otorgamiento de Licencia: _____

Título profesional oficial (enfermera pediatra, etc.): _____

Campo de prácticas: _____

Registro / Número de Licencia: _____

El Registro / Licencia fueron revalidados por (examen, revisión de Licencia de otra región): _____

Estado de Registro / Licencia (activo, inactivo, expirado, restringido): _____

En caso de que el Registro / la Licencia fuesen restringidos, revocados, suspendidos o sometidos a prueba, explique porque: _____

Fecha de expiración de Registro / Licencia: _____

El programa de estudios cursados por el solicitante estaba regulado / reconocido por cuál autoridad (Ministerio de Educación, Salud) en el momento de estudio? _____

Registro / Licencia ha sido verificado por (Nombre): _____

Título: _____

Firma _____ Fecha: _____

Estampe sello de la autoridad que otorga licencias Aquí

Gracias por su colaboración.