



SOLICITUD DE LICENCIA DE DETECTIVE PRIVADO O GUARDIA DE SEGURIDAD

- Licencia Nueva Renovación licencia número _____
 Detective Privado Guardia de Seguridad

Apellido Paterno		Apellido Materno		Nombre
Inicial	Nombre preferido		Género	
Peso	Estatura	Color de ojos		Color de Pelo
Fecha de Nacimiento			Lugar de Nacimiento	
Seguro Social			Licencia de conducir	
Teléfono Residencial			Teléfono Celular	
Correo Electrónico		Residente Legal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección Residencial				
Dirección Postal				

REQUISITOS

¿Eres Mayor de 21 años de edad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha sido convicto de delito grave o delito menos grave que implique depravación moral?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Aprobó el examen de Detective Privado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Es ciudadano americano y del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Ocupa un cargo o empleo remunerado o sin remuneración en el Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, sus agencias, instrumentalidades y y corporaciones públicas y subdivisiones políticas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
¿Eres ebrio habitual, desequilibrado mental, adicto al uso de drogas y narcóticos, o ha sido convicto por cualquier delito relacionado con drogas y narcóticos?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ha sido expulsado del Negociado de la Policía de Puerto Rico o su entidad sucesora ni de ningún cuerpo de la Guardia o Policía Municipal de Puerto Rico o Como guardia penal por actos que hubiesen podido constituir delito grave o menos grave que implique depravación moral?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Tarjeta de huellas digitales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Fianza o póliza de seguro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Comprobantes de Rentas Internas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
50.00 Detective Privado	
20.00 Guardia de Seguridad	
Transcripción de Crédito	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Diploma Escuela de Detective Privado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Horas de educación continua	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ha tomado el adiestramiento de cuatro (4) semana	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A



CERTIFICACIÓN MÉDICA

INSTRUCCIONES AL MÉDICO

De acuerdo con las disposiciones de la Ley Núm. 108 del 29 de junio de 1965 según enmendada, conocida como *Ley para Regular la Profesión de Detectives Privados y Guardia de Seguridad*, toda persona que solicite obtener una licencia de detective privado o guardia de seguridad deberá estar física y mentalmente capacitado. A estos efectos, el médico examinará y hará constar en este Formulario las condiciones físicas y mentales en que se encuentra dicho solicitante:

AGUDEZA VISUAL			
Ojo derecho con lentes correctivos: 20/____	Ojo izquierdo con lentes correctivos: 20/____	Condición <input type="checkbox"/> Adquirida <input type="checkbox"/> Congénita	
Ojo derecho sin lentes correctivos: 20/____	Ojo izquierdo sin lentes correctivos: 20/____	<input type="checkbox"/> Ojo derecho <input type="checkbox"/> Ojo izquierdo	
Ambos ojos			
Observaciones			
CONDICIONES FÍSICA Y MENTALES DEL SOLICITANTE			
Oídos			
Piernas			
Brazos			
Anormalidades, discapacidad física y/o emocional			
Padece del corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usa marcapasos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usa prótesis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Ha padecido de epilepsia, convulsiones, mareos o cualquier condición que cause estado de inconsciencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
DATOS GENERALES DEL SOLICITANTE			
Peso	Estatura	Color de ojo	Color de pelo

El que suscribe, debidamente autorizado a ejercer la profesión médica en Puerto Rico hace constar que ha examinado a _____ y certifica que dicha persona está _____ o no está _____ física y mentalmente capacitada para desempeñarse como detective privado y/o guardia de seguridad.

Firma del médico	Licencia del médico	Fecha
Dirección de la Oficina		Teléfono

AUTORIZACION DEL PACIENTE

Yo _____ por la presente autorizo a:

- Corporación del Fondo del Seguro del Estado
- Retiro
- Médico privado
- Institución hospitalaria Privada
- Institución Hospitalaria Pública

A suministrar al Comisionado del Negociado de la Policía de Puerto Rico o la persona en quien el delegue, cualquier información relacionada con el tratamiento que he recibido en dicha persona o institución por Condición orgánica Condición emocional.

Además, autorizo a examinar el récord y obtener copia de este.

Fecha

Firma

*** Autorización ***

Por la presente autorizo a cualquier persona particular, o cualquier corporación, institución educativa, empresa, agencia o entidad pública federal o privada para que ofrezcan al Comisionado del Negociado de la Policía de Puerto Rico o la persona en quien delegue, cualquier información que requieran sobre mi persona, incluyendo aquella que se relacione con mi conducta, reputación, crédito, salud, hábitos, situación económica o de cualquier otra índole que ellos estimen necesaria y pertinente a la investigación o solicitud de licencia de detective privado y/o guardia de seguridad.

Fecha

Firma



INVESTIGACIÓN CONFIDENCIAL OFICINA DE SEGURIDAD Y PROTECCIÓN

Licencia Solicitada		Escuela donde Estudio Detective Privado	
Dirección de la Escuela			Horas de Estudio y Práctica
Nombre y Dirección de la Agencia donde Trabaja			
REFERENCIA PERSONAS NO SEAN PARIENTE O EX PATRONOS CONOZCAN QUE LO CONOZCAN			
Nombre	Dirección		Tiempo que lo Conoce
INSTRUCCIONES			
1. ¿Ocupa usted un cargo o empleo de índole de alguno reenumerado o sin remuneración en el Gobierno de Puerto Rico, sus agencias instrumentalidades y corporaciones públicas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Explique			
2. ¿Ha estado reportado enfermo por alguna condición mental, emocional o nerviosa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Explique			
3. ¿Es usted ebrio habitual, desequilibrado mental o adicto al uso de drogas o narcóticos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
4. ¿Ha sido convicto de delito grave o menos grave implique depravación moral o por delitos comprendidos bajo la ley de armas en o fuera de PR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Explique			
5. ¿Ha sido indultado total o condicional? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Explique			
6. ¿Ha solicitado eliminación de record de antecedentes penales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Explique			

PPR-136.1

7. Ha pertenecido o ha sido licenciado honrosamente del:

Negociado de la Policía de Puerto Rico

Cuerpo de la Policía del Estado de _____

Negociado Federal de Investigaciones (FBI) _____

Servicio Militar (indique rama) _____

Explique

8. ¿Ha recibido o recibe usted alguna pensión por incapacidad física o mental? **Sí** **No**

Explique

Declaración jurada

Yo, _____, mayor de edad, casado (a) soltero (a), viudo (a), divorciado, empleado dueño de la agencia _____ y vecino de _____, bajo el más formal y solemne juramento declaro:

1. Que toda la información que antecede,
2. Que la documentación que se acompaña es la verdad y nada más que la verdad y así lo juro,
3. Que estoy plenamente consciente que de descubrirse que he mentido u ocultado hechos, puedo ser encausado criminalmente por perjurio, además de quedar descalificado para que se me conceda el privilegio de la licencia que estoy solicitando.

Y PARA QUE ASÍ CONSTE, firmo la presente declaración, por ser ello la verdad y nada más que la verdad.

Fecha

Firma del Solicitante y Declarante

AFFIDÁVIT NUM: _____

Jurada y suscrita ante mí, por _____ de las circunstancias personales antes descritas expresadas a quien doy fe de conocer personalmente en _____ Puerto Rico hoy _____ de _____ de _____

Firma del Notario