**CARTA DE AUTORIZACIÓN DE GESTORÍA**

Yo, , con número de licencia de médico ,

(nombre y dos apellidos) (número de licencia de médico)

especialidad , residente de , Puerto Rico, autorizo

(especialidad) (municipio)

al Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico a gestionar mi Certificación para la Práctica de la Telemedicina en Puerto Rico en cumplimiento con los requisitos dispuestos en la Ley Núm. 149 de 1 de agosto de 2008 según enmendada, y la Ley 168 de 1 de agosto de 2018, conocida como la “Ley para el Uso de la Telemedicina en Puerto Rico”.

El personal del Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico que estarán autorizado a realizar la gestoría son:

Raiza Cebollero Cañizares Valeris Cumba Vellon

En , Puerto Rico, a de de 2021.

(municipio) (día) (mes)

Firma del médico autorizante Firma Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico