



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Compañía de Turismo de Puerto Rico

Solicitud para Examen de Reválida de Croupier

Nombre del Solicitante: <small>(Applicant's Name)</small>	Firma del Solicitante: <small>(Applicant's Signature)</small>
---	--

Dirección Residencial:
(Residential Address)

Dirección Postal: <small>(Postal Address)</small>	Número de Teléfono: <small>(Telephone Number)</small>
---	---

Ha trabajado en Casinos:
(Have you worked previously at a casino)

SI
 NO

Explique dónde y cuándo:
(Please explain where and when)

Nombre y Dirección de la Escuela, Instituto o Hotel en donde tomó el curso: (Name and address where the course was completed)

DOCUMENTOS ENTREGADOS POR EL SOLICITANTE

<input type="checkbox"/> Solicitud Licencia JA Notariada – (Notarized GD License Application) <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento (Birth Certificate) <input type="checkbox"/> Pasaporte (Passport) <input type="checkbox"/> Tarjeta de Ciudadanía o Naturalización (Naturalization ID) <input type="checkbox"/> Tarjeta de Residente Permanente (Permanent Resident ID) <input type="checkbox"/> Identificación con Foto (Photo ID)	<input type="checkbox"/> Fotografía Tipo Pasaporte (Passport Photo) <input type="checkbox"/> Certificación Negativa de Antecedentes Penales (Negative Certificate of Penal Record) <input type="checkbox"/> Certificación ASUME (Negative Certificate of Child Support Case) <input type="checkbox"/> Giro / Money Order (A nombre de Compañía de Turismo de P.R.) (Payable to PR Tourism Co.) <input type="checkbox"/> Carta de Empleo (Employment Letter) <input type="checkbox"/> Otro (Other): _____
---	---

CERTIFICACIÓN DE LA ESCUELA, INSTITUTO U HOTEL QUE OFRECIÓ EL CURSO

Fecha de comienzo del curso: _____ Fecha de terminación del curso: _____ Total de Horas Completadas: _____

Firma del Oficial: _____ Fecha: _____

PARA USO OFICIAL DE LA DIVISIÓN DE JUEGOS DE AZAR

Firma persona que recibió los documentos: _____ Fecha: _____

Comentarios: _____ Fecha: _____

Citado para tomar examen el: _____ Hora: _____

Aprobó Reválida (Fecha): _____
 No aprobó Reválida: (Fecha): _____

Nombre Oficial de reválida: _____ Firma: _____

