Nombre del M.M. endosante (letra de molde)



A L:.G:.D:.G:.A:.D:.U:.

S:.F:.U:. PETICION DE INICIACION

AL VEN. MAESTRO, OFICIALES Y DEMAS MIEMBROS DE LA RESP. LOGIA JOSE CELSO BARBOSA

#106 DEL VALLE DE LOMAS VERDES BAYAMON, PUERTO RICO.

Anejos de la Petición recibida por el Secretario: 2 retratos 2" x 2" (Corbata y Chaqueta) 1 Certificado de Antecedentes Penales 1 Certificado Médico 1 Certificado Médico 1 Certificado Negativo de Asume Proceso en Logia: Presentación, lectura, aceptación de expediente en principio por aclamación Asignación de aplomadores, esperar 20 días. Recibir informes de aplomadores; Balotaje con caja. Enviar primer Informe de Transacciones de Miembros a Gran Logia; código Esperar 20 días; coordinar iniciación. Iniciar al candidato si no hay oposición de miembros o de Logias. Enviar a la G.L. segundo informe de transacciones de miembros; código (la	Balotado en:Acta #Tenida # O (S I.) Aprobado:Rechazado: Notificación a la Gran Logia:
Yo	_natural dedeaños, de estado civil
, de profesión u oficio	que ejerzo en, vecino de
son sus principios la Moral Universal y la Ley Natural, dictada más diferencia entre los hombres que el mérito y demérito, religión ni de política; de mi libre y espontánea voluntad me deberes que el carácter de Masón trae consigo.	didad, comprendida como uno de los elementos del ideal de la huma nidad; que s por la Razón y definidas por la Ciencia; reconoce al Ser Supremo; no admite a nadie rechaza por sus creencias u opiniones y no da cabida a debates de presento como candidato a esa noble Institución, y ofrezco cumplir todos los lguna. En lo afirmativo, en cuál:
	Firma del Candidato
	ario durante los últimos _años y le considero merecedor del alto honor quede 20 Recomiendo :SINO
Nombre del M.M. endosante (letra de molde)	Firma del Maestro Masón
CERTIFICO que he conocido personalmente al peticiona aquí solicita. Hoy díade	ario durante los últimos _años y le considero merecedor del alto honor que de 20 Recomiendo :SINO

Firma de Maestro Masón

INFORMACION ADICIONAL SOBRE EL PETICIONARIO

(Escriba claro al llenar esta información, preferiblemente a maquinilla o letra de molde.)

Nombre completo	(No use iniciales e indi	ique los apellidos Pate	erno v Materno.)	
Fecha de nacimiento:de			, .	
Dirección Residencial actual :				
Dirección Postal: Apartado	Pueblo		Código Pos	 tal
Teléfonos: Oficina _()	Residence	cia (<u>)</u>	Celular	:()
Trabaja en:/Oficio: _()		Dirección		
(Firma Comercial:, Departamento. (Gubernamental:	, Empleo Propio:	, Pro	fesión:
Nombre del padre		Reside en		Fallecido:
Nombre de la madre		Reside en		Fallecida:
Nombre de la esposa		Reside er	າ	Fallecida:
Nombre de los hijos:	Edad			
	Edad			
CERTIFICO: que la información arriba in NOTA: Si el candidato es continental o el Tiempo que reside en Puerto Rico; Habla y entiende bien el español? Dirección residencial mientras residió fuer	extranjero, favor de co SíNo	ntestar lo siguiente:		el Candidato
Referencias: (de estricto cumplimiento 1. Nombre				
Dirección Residencial				
;	Tel		E	spacio para el Retrato 2" x 2"
1. Nombre				
Dirección Residencial				
	Tel			



GRAN LOGIA SOBERANA DE LIBRES Y ACEPTADOS MASONES DE P.R.

Respetable Logia	#	,
Valle de		

CERTIFICACION MEDICA

INSTRUCCIONES AL MEDICO: De acuerdo a las Leyes Generales de la Gran Logia Soberana de Libres y Aceptados Masones de Puerto Rico, todo candidato a ingresar a nuestra Orden debe presentar un Cerficado de Salud expedido por un Doctor en Medicina debidamente autorizado a ejercer su profesión. El médico examinará al solicitante y hará constar en este formulario las condiciones físicas y mentales en que se encuentra dicho candidato.

1.	Datos sobre el candidato:
	Nombre Completo
1.	Edad Pesolbs. Estatura Agudeza visual:
1.	Ojo derecho:/ Ojo izquierdo:/ Lentes correctivos: Sí/ No
2.	Condiciones físicas y mentales:
	a. Oídos:
	b. Piernas:
	c. Brazos:
	d. Anormalidades, defectos físicos o mentales:
	e. ¿Padece del corazón?: Sí/ No En caso afirmativo, Explique:
	f. ¿Usa prótesis?: Sí/ NoEn caso afirmativo, Explique:
	g. ¿Ha padecido alguna vez de?: Epilepsia Sí/ No Tuberculosis Sí/ No
	Cáncer Sí/ No Sífilis Sí/ No Hipertensión Sí/ No
	Enfermedades nerviosas o mentales Sí/ No Otras enfermedades Sí/ No
	En caso afirmativo, Explique:
constar qu	ACION DEL MEDICO: El que suscribe, debidamente autorizado a ejercer la profesión médica en Puerto Rico, hace le ha examinado al candidato, y certifica que dicha persona: está / no estáfísica y mentalmente para el cumplimiento de sus deberes sociales y morales.
Fecha del I	Examendedel 20 Nombre del Médico
Licencia #	Firma del Médico