**SOLICITUD DE REEXAMEN**

**( ) TECNÓLOGOS RADIOLOGICOS ( ) TECNÓLOGOS EN RADIOTERAPIA**

**( )EXAMEN TEORICO ( )EXAMEN PRÁCTICO**

**( ) 2da oportunidad ( ) 3ra oportunidad ( ) 4ta o más**

**FAVOR DE CUMPLIMENTAR TODOS LOS ENCASILLADOS.**

**NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_,-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Mes) (Día) (Año) (PUEBLO\PAIS)**

**DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.R. 00 \_\_\_\_\_\_\_\_**

**TEL. (CEL.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. EMAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Deberá presentar esta solicitud con los siguientes requisitos:**

1. **Certificado Negativo de Antecedentes Penales de no más de Tres (3) meses de la fecha de radicación de la solicitud (El mismo debe estar IMPRESO).**
2. **ORIGINAL de Certificado de Salud (no más de un año de expedido)**
3. **Presentar un pago de veinte ($20.00) dólares por ADMISIÓN a examen de reválida mediante un Giro Postal a nombre Del SECRETARIO DE HACIENDA y/ o Sistema de ATH (No logo).**
4. **No se aceptan solicitudes incompletas. Todos los requisitos deben ser presentados físicamente al entregar la solicitud.**
5. **Traer identificación con foto (licencia de conducir) (original y copia)**
6. **Tres sobres con sello DIRIGIDOS PARA USTED**

**Su direccion postal**

-----