



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE REVISIÓN DE RESULTADOS DE REVÁLIDA

Fecha: _____

Nombre: _____

Apellido paterno

Apellido materno

Nombre

Dirección Postal:

Tel. y/o Celular _____ Correo electrónico: _____

Profesión: _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

AVISO IMPORTANTE: Cualquier candidato tendrá derecho, si así lo solicita por escrito, a la revisión del resultado de su examen, a lo cual procederá la Junta, en un plazo no mayor de sesenta (60) días calendario a partir de la solicitud.

Procedimiento de revisión: **La revisión tiene un costo de \$15.00** método de pago ATH, VISA, MASTERCARD o GIROS. Todas PAGO NO REEMBOLSABLE. No se aceptará cheques personales, ni dinero CASH o Efectivo. La revisión se hará únicamente por los miembros de la Junta o sus representantes autorizados. Sólo podrá comparecer el examinado. NO se permitirá efectuar la revisión por familiares, parientes o amigos. El solicitante tendrá derecho a cotejar una copia fiel y exacta de sus contestaciones contra la clave del examen, que será leída por un miembro de Junta. Las preguntas no serán mostradas al solicitante. No se permitirá sacar documento alguno del salón donde se lleve a cabo la revisión. Dentro de un término de treinta (30) días calendario la Junta notificará por escrito al candidato el resultado de la revisión.

Los formularios de solicitud y requisitos pueden obtenerse en el portal del Departamento de Salud ([Patólogos, Audiólogos y Terapistas del habla \(salud.gov.pr\)](http://salud.gov.pr)).

**JUNTA EXAMINADORA DE PATÓLOGOS DE HABLA-LENGUAJE, AUDIÓLOGOS Y
TERAPISTAS DEL HABLA-LENGUAJE DE PUERTO RICO**
P.O. Box 10200 San Juan, PR 00908-0200 (787) 765-2929 Ext. 6598
losorio@salud.pr.gov