SOLICITUD DE REVISIÓN DE RESULTADOS DE REVÁLIDA

_____ Patólogo del Habla-Lenguaje _____ Audiólogo ____ Terapista del Habla-Lenguaje

Nombre: _____
Apellido Paterno **Apellido Materno** **Nombre** **Inicial**

Dirección postal: _____

_____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha del último examen: _____

_____ _____
Fecha de radicación 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. **La revisión tiene un costo de $15.00 en giro postal o cheque certificado a nombre del secretario de Hacienda.**

PROCEDIMIENTO DE REVISIÓN: 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)