



JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE RE-EXAMEN

Examen Teórico _____

Examen Práctico _____

Nombre _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección Residencial _____

Dirección Postal _____

Teléfono _____ Email: _____

Fecha en que tomó su último examen _____

Fecha

Firma del Solicitante

REQUISITOS:

1. Giro Postal o Bancario por la cantidad de **\$50.00** dólares (**NO REEMBOLSABLES**) pagadero al Secretario de Hacienda. (Puede pagar con ATH, Visa o Master Card).
2. Certificado de Antecedentes Penales- Reciente, dentro de los treinta (30) días de la fecha de radicación.
3. **Sobre pre-dirigido** (self-addressed envelope) con sello postal.

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO

Ext. 6561 / Email: gonzalez.juliany@salud.pr.gov

PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184



787 – 999 – 8989



www.salud.pr.gov



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICO VETERINARIO DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde y legible.

Información Personal:

Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Inicial

F **M**

Seguro Social
***Últimos 4 dígitos**

Fecha de Nacimiento
dd/mm/yyyy

Ciudadanía: _____

Teléfono Hogar

Teléfono Celular

Teléfono Alterno

e-mail Ejemplo: user@mail.com

Información de Contacto
Dirección Postal

Examen: CONVOCATORIA

VERANO 20 _____

INVIERNO 20 _____

TEÓRICO

PRÁCTICO

Ciudad, País, Código Postal

Número de Intento: _____ **Mes y Año de Graduación:** _____

Institución de Procedencia: _____

PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184

787 – 999 – 8989

www.salud.pr.gov