



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

**SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN
DE LA SALUD PÚBLICA**

División de Licenciamiento de Médicos y
Profesionales de la Salud
Junta Dental Examinadora

SOLICITUD REVISIÓN DE EXAMEN DE ASISTENTE DENTAL

Nombre _____

Segundo Nombre (si aplica) _____

Apellido Paterno _____

Apellido Materno _____

Apellido de casada (si aplica) _____

Últimos cuatro dígitos del SS: _____

Fecha del examen: _____ No. de Intento: _____ % de No Aprobación _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Favor de marcar con una X la parte o partes a revisar:

_____ Teórico

_____ Instrumentación y Equipo

_____ Radiografía

AVISO IMPORTANTE:

1. Cualquier candidato(a) tendrá derecho a solicitar por escrito la revisión de examen, en un plazo dentro de 30 días calendario contados a partir de la fecha de recibido de los resultados.
2. La revisión se hará únicamente por los miembros de Junta.
3. Dentro del término de 45 días calendario aproximadamente la Junta notificará por escrito al candidato(a) solicitante el resultado de la revisión.

CONSENTIMIENTO:

CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO ESTA SOLICITUD.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL SOLICITANTE

FIRMA DEL SOLICITANTE

TESTIGO, SECRETARIA(O) DE JUNTA

FECHA

JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO

PO Box 10200, San Juan, PR 00908-0200

Tel. 787-999-8989 Ext. 6605

E-Mail: cindy.reyes@salud.pr.gov