



JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO
PO Box 10200, Santurce PR 00908 – 787-765-2929 X 6605

SOLICITUD DE RE-EXAMEN

ADHIERA
FOTO AQUI
2 x 2

ASISTENTE DENTAL (Favor de escribir en letra de molde)

NOMBRE: _____

DIRECCION POSTAL: _____

TELEFONOS: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

SOLICITO LOS SIGUIENTES EXAMENES:

- ____ MONTURA DE RADIOGRAFIAS
____ INSTRUMENTOS, EQUIPO Y MATERIALES
____ EXAMEN TEORICO

Firma del solicitante

Fecha

REQUISITOS: Esta solicitud debe estar acompañada de los siguientes documentos:

1. **ORIGINAL** de **Certificado de Antecedentes Penales**, expedido dentro de los (30) días a la fecha de entrega de solicitud.
2. **Copia de ID** (licencia de conducir o pasaporte)
3. Hacer pago por la cantidad de **\$2.00 dólares** (No Reembolsables).
Métodos de pago: Giro Postal o Bancario (a nombre de **Secretario de Hacienda de Puerto Rico**), **ATH, VISA O MASTERCARD.**
4. **PAGO POR DIDAXIS** (Compañía que ofrece el examen): **El pago se hará a Didaxis una vez ellos le contacten.** Usted pagara **\$30.00 dólares** (*No reembolsables*) por cada parte. Si fueren las tres partes el pago será de **\$70.00 dólares** (*No reembolsables*). Puede efectuar el pago por medio de **GIRO POSTAL O BANCARIO, ATH, VISA O MASTERCARD.**
5. **UN SOBRE** pre dirigido con sello postal.

Intereso tomar el examen en: Español _____ Inglés _____

Por la Ley ADA tiene el beneficio de solicitar acomodo en caso de impedimentos.

Intereso _____ No Intereso _____

En caso afirmativo, favor de proveer evidencia sobre su condición, por separado.

ESTA SOLICITUD HA SIDO: APROBADA DENEGADA

PRESIDENTE / MIEMBRO DE JUNTA

Cindy.reyes@salud.pr.gov



Formulario de Solicitud de Examen de Revalida

JUNTA DENTAL EXAMINADORA DE PUERTO RICO
PO BOX 10200, SANTURCE PR 00908 – 787-765-2929 x 6605

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde

INFORMACION PERSONAL:

Primer Apellido **Segundo Apellido** **Primer Nombre** **Inicial**

Seguro Social
***Últimos 4 dígitos**

Fecha de Nacimiento
dd / mm / yyyy

F **M**

Ciudadanía: _____

Teléfono Celular **Teléfono Hogar** **Teléfono Trabajo**

Email (Ejemplo: user@yahoo.com)

Información de Contacto:
Dirección Postal

Ciudad, **País** **Código Postal**

Examen a Tomar:

- Todas las Partes
1. Examen Práctico de Radiografía
2. Examen Práctico de Instrumentación y Equipo
3. Examen Teórico

Acomodo Razonable: _____

Número de Intento: _____

**Institución de
Procedencia:** _____

Proveedor de Repaso: _____

Visto Bueno: _____

Fecha: _____