



GOBIERNO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

JUNTA EXAMINADORA DE EDUCADORES EN SALUD DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE RE-EXAMEN

FECHA DE RADICACION: \_\_\_\_\_

BACHILLERATO: \_\_\_\_\_

MAESTRIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

APELLIDOS	NOMBRE	INICIAL
-----------	--------	---------

DIRECCION POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD: \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE TOMO SU ÚLTIMO EXAMEN: \_\_\_\_\_

OCACIONES QUE HA TOMADO EL EXAMEN:

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_ 3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_

**REQUISITOS**

1. Deberá someter un pago de veinticinco dólares (\$25.00) por concepto de re-examen pagadero al **Secretario de Hacienda** en giro postal o cheque certificado por el banco.
2. Certificado de Antecedentes Penales de no más de 3 meses de expedido a la fecha de solicitar.
3. Tres sobres predirigidos con sello.
4. Certificación de ASUME

\*Los derechos cobrados no serán devueltos bajo ningún concepto.

Call Box 10200, San Juan, PR 00908-0200

Tel. 787-765-2929 ext. 3462 E-mail: [ctrinidad@salud.pr.gov](mailto:ctrinidad@salud.pr.gov)