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 reexamen pagadero a**l **secretario de Hacienda** en giro postal o cheque certificado por el banco. **No Reembolsable bajo ningún concepto.**

   También tenemos sistema de ATH, VISA Y MÁSTER CARD.

2. **Certificado de Antecedentes Penales de no más de 1 mes (30 días) de expedido a la fecha de solicitar.**

3. **1 sobre pre -dirigidos con sello.**

JUNTA DE EDUCADORES EN SALUD DE PUERTO RICO
PO BOX 10200, SAN JUAN, PR 00908-0200
787-999-8989 X 3462
ctrinidad@salud.pr.gov

DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

JUNTA EXAMINADORA DE EDUCADORES EN SALUD DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde.

Información Personal:

_____ _____ _____ ____

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

_____ _____ F _____ M_____ _____

Seguro Social **Fecha de Nacimiento** **Género** **Ciudadanía**

***Últimos 4 dígitos** **mes/dia /año**

_____ _____ _____

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

E-mail: _____

Información Personal:

Dirección Postal

_____

_____

_____

_____

Ciudad, País, Código Postal

Fecha de Graduación: _____ Grado Obtenido: _____

Número de Intentos: _____

Institución de Procedencia: _____