DEPARTAMENTO DE
SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

JUNTA EXAMINADORA DE MÉDICOS VETERINARIOS DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE RE-EXAMEN
North American Veterinary Licensing Examination (NAVLE)

Nombre _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Dirección Residencial: _____

_____

Dirección Postal_____

Teléfonos _____

Email: _____

Fecha en que tomó su último examen _____

_____ _____
Fecha **Firma del Solicitante**

REQUISITOS:

1. ____**PAGO** por la cantidad de **$100.00** dólares **(NO REEMBOLSABLES)**. Formas de pago: **ATH, Visa, MasterCard,o Giro Postal o Bancario** pagadero al Secretario de Hacienda.
2. ____Certificado de Antecedentes Penales- Reciente, dentro de los treinta (30) días de la fecha de radicación.
3. ____Deberá registrarse directamente al **NAVLE** para poder tomar examen*
4. ____Identificación con foto oficial (pasaporte o licencia de conducir vigente).

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