



SOLICITUD DE REEXAMEN

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

Dirección física: _____

Dirección postal: _____

Seguro Social: XXX-XX- _____ Correo electrónico: _____

Número de celular: _____ Número de teléfono alterno: _____

Fecha en que tomó su último examen: _____

¿Cuántas veces ha tomado el examen? 1 () , 2 () , 3 () , 4 () 5 o más ()

DE ACUERDO CON LA LEY ADA TIENE EL DERECHO DE SOLICITAR ACOMODO RAZONABLE EN CASO DE DISCAPACIDAD. DEBERÁ PRESENTAR CERTIFICADO MÉDICO ORIGINAL CON EL TIPO DE ACOMODO QUE SOLICITA.

Intereso _____

No intereso _____

¿Qué tipo de acomodo razonable solicita? _____

Fecha de radicación _____

Firma del solicitante _____

Requisitos:

1. Una (1) fotografía reciente tamaño 2x2.
2. **Original y copia** de identificación con foto vigente (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte).
3. Certificado de Antecedentes Penales (**No mayor de seis (6) meses a la fecha de radicación**).
4. Dos (2) sobres pre-dirigidos con sello.
5. Pago correspondiente por la cantidad de treinta dólares (**\$30.00**). **Pago no reembolsable**. Los métodos de pago son los siguientes: ATH, VISA, MASTERCARD y/o giro postal o bancario pagaderos al **Secretario de Hacienda**.

No se aceptarán solicitudes incompletas.

REV. ABRIL/2026