



**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 treinta (30) días previos 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. JUNIO/2026