



Junta Examinadora de Consejeros Profesionales  
**SOLICITUD DE RE-EXAMEN**

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? 2 (  ), 3 (  ), 4 (  ) 5 o más (  )

**DE ACUERDO CON 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. 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**)
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
- Giro postal o bancario pagaderos al **Secretario de Hacienda**

**No se aceptarán solicitudes incompletas.**

REV. ENERO/2026