DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

JUNTA EXAMINADORA DE EMBALSAMADORES

SOLICITUD DE RE-EXAMEN PRÁCTICO

FECHA: _____

NOMBRE: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE INICIAL

DIRECCIÓN POSTAL: _____
_____
_____

TELÉFONO: _____

SOLICITO EL EXAMEN:

_____ **PRÁCTICO PARA EL EMBALSAMAMIENTO DE UN CADÁVER.**

FECHA EN QUE TOMO EL ÚLTIMO EXAMEN: _____

LAS VECES QUE HA TOMADO EL EXAMEN ANTERIORMENTE: _____

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE

REQUISITOS:

1. El pago de solicitud lo puede efectuar con **ATH, VISA, MASTER CARD o GIRO** a nombre del **SECRETARIO DE HACIENDA**, por la cantidad de **$75.00**. Los derechos de pago no serán reembolsados al solicitante

2. **Copia de identificación** – Licencia de conducir, identificación DTOP o Pasaporte.

3. Negativa de ASUME vigente en Original. Este certificado se requiere cuya fecha de emisión **no podrá ser anterior a treinta (30) días de la fecha de la solicitud.**

4. **Certificado de Antecedentes Penales** en original expedido por la Policía de Puerto Rico. Este Certificado se requiere cuya fecha de emisión **no podrá ser anterior a (30) días de la fecha de la solicitud.**

NO SE RECIBIRÁ *solicitudes incompletas, si no somete* ***TODOS*** *los requisitos señalados anteriormente, dentro de la fecha límite.*