



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

SUB-JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGÍA VETERINARIA DE PUERTO RICO

Tecnólogo Técnico

Institución _____ Recinto _____

SOLICITUD DE RE-EXAMEN

Nombre: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Dirección Postal: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Fecha en que tomo su último examen: _____

TEORICO

PRÁCTICO

Fecha Firma del Solicitante

REQUISITOS:

1. _____ **GIRO POSTAL O BANCARIO, (ATH, VISA O MASTER CARD)** por la cantidad de **\$100.00** dólares **(NO REEMBOLSABLES)** a nombre del **Secretario de Hacienda**.
2. _____ **ORIGINAL de Certificado de Antecedentes Penales** dentro de los treinta **(30)** días de la fecha de radicación.
3. _____ **Sobre pre-dirigido**.
4. _____ **Original y Copia de Licencia de Conducir** vigente o Pasaporte vigente.

SUB-JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGÍA VETERINARIA DE PUERTO RICO

Ext. 6561 / Email: gonzalez.juliany@salud.pr.gov



DEPARTAMENTO DE

SALUD

GOBIERNO DE PUERTO RICO

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

SUB-JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGÍA VETERINARIA DE PUERTO RICO

Favor de llenar en su totalidad en letra de molde y legible.

Información Personal:

_____	_____	_____	_____
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Inicial

Seguro Social
*Últimos 4 dígitos

Fecha de Nacimiento
dd/mm/yyyy

F M

Ciudadanía: _____

Teléfono Hogar

Teléfono Celular

Teléfono Alterno

e-mail Ejemplo: user@mail.com

Información de Contacto

Dirección Postal

Ciudad, País, Código Postal

Examen: CONVOCATORIA

TECNÓLOGO

TÉCNICO

TEÓRICO

PRÁCTICO

VERANO 20____

INVIERNO 20____

Número de Intento: _____ **Mes y Año de Graduación:** _____

Institución de Procedencia: _____ **Recinto:** _____

PO BOX 70184, SAN JUAN, PR, 00936-8184

787 - 999 - 8989

www.salud.pr.gov