

DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Junta Examinadora de Técnicos de Cuidado Respiratorio

Solicitud de Re-examen

(Favor de llenar este formulario en letra de molde)

Reválida Teórica Reválida Práctica			
Nombre:Apellido paterno	Apellido materno	Nombre	Inicial
Dirección postal:	-		
Seguro Social: XXX-XX-	_ Correo electrónico:		
Número de celular:	Número de teléfo	no alterno:	
Número de intento de examen: Fecha en que tomó el último exame			
Acomodo razonable: si si ¿Qué tipo de acomodo solicita?			
Deberá someter evidencia médica que	indique la condición y acom	odo que solicita.	
Fecha de radicación		Firma del solici	tante

Requisitos:

- Pago correspondiente por la cantidad de treinta y cinco (\$35.00) dólares pagaderos al Secretario de Hacienda. Métodos de pago: giro postal o bancario, ATH, VISA o MASTERCARD. Pago no reembolsable.
- 2. Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico, treinta (30) días o menos de expedido. Si la solicitud es vía internet su validación es requerida.
- 3. Original y copia de identificación con foto vigente. (licencia de conducir o pasaporte EE. UU.)
- 4. Curso de actualización que haya sido aprobado por la Junta. Aplica a los candidatos que hayan fracasado en más de cinco (5) ocasiones.

NOTA: No se aceptarán solicitudes incompletas ni fuera de fecha límite de convocatoria.