



SOLICITUD DE RE-EXAMEN

JUNTA EXAMINADORA DE TECNOLOGOS DENTALES

FECHA _____.

NOMBRE _____.

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

DIRECCION

POSTAL _____.

TELEFONO _____.

CELULAR: _____.

SEGURO SOCIAL XXX-XX-_____.

E-MAIL: _____.

FECHA EN QUE TOMO SU ULTIMO EXAMEN: _____.

ACOMODO RAZONABLE: _____ SI _____ NO

SOLICITO LOS SIGUIENTES EXAMENES: (DEBERA SOLICITAR UNICAMENTE LAS MATERIAS EN LAS CUALES FRACASO)

EXAMEN TEORICO _____

EXAMEN PRÁCTICO: _____ DENTADURAS PARCIALES REMOVIBLES

_____ DENTADURAS COMPLETAS

_____ DENTADURAS PARCIALES FIJAS

FIRMA DE SOLICITANTE

AVISO IMPORTANTE: Para entregar la solicitud de re-examen deberá radicar un giro postal o cheque certificado por el banco a nombre del **Secretario de Hacienda** por la cantidad de veinticinco dólares **(\$25.00)**. Además, deberá presentar un **Certificado de Antecedentes Penales reciente**, una **fotografía tamaño 2 x 2 reciente y 2 sobres predirigidos con sello.**