



Solicitud de Re-examen

Nombre: _____
Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial

Dirección postal: _____

Seguro Social: XXX-XX- _____ Correo electrónico: _____

Número de celular: _____ Número de teléfono alterno: _____

Fecha en que tomó el último examen: _____

Acomodo razonable: _____ Si _____ No

¿Qué tipo de acomodo solicita? _____
De acuerdo con la 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.

Favor marcar el examen que solicita: (Deberá solicitar únicamente las materias en las cuales fracaso).

Examen Teórico: _____

Examen Práctico: _____

_____ Dentaduras Parciales Removibles

_____ Dentaduras Completas

_____ Dentaduras Parciales Fijas

Fecha de radicación _____

Firma del solicitante

Requisitos:

- Una (1) foto reciente tamaño 2x2.
- Original y copia** de identificación con foto vigente. (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte)
- Certificado de Antecedentes Penales expedido por la Policía de Puerto Rico. (No más de treinta (30) días de expedido)
- Un (1) sobre pre-dirigido con sello.
- Pago correspondiente por la cantidad de veinticinco dólares (**\$25.00**). **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 ni fuera de la fecha límite.