



DIVISIÓN DE LICENCIAMIENTO DE MÉDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD

Junta Examinadora de Tecnólogos Dentales

Solicitud de Re-examen

(Favor de llenar este formulario en letra de molde)

Nombre: _____

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

Inicial

Dirección Postal: _____

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

Celular: _____ Teléfono Alterno: _____

Fecha en que tomó su último examen: _____

Acomodo razonable: _____ SI _____ NO

Deberá someter evidencia medica que indique la condición y acomodo que solicita.

Solicito los siguientes exámenes: (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:

1. Pago correspondiente por la cantidad de veinticinco dólares (**\$25.00**) 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 fecha de expedido.
3. Una (1) Fotografía reciente tamaño 2x2.
4. Dos (2) sobres pre-dirigidos con sello postal.