



GOBIERNO DE PUERTO RICO

ADHIERE
FOTO
2X2

SOLICITUD DE RE-EXAMEN

Examen Teórico _____

Examen Práctico _____

Fecha _____

Nombre: _____ / _____ / _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre

Dirección Postal _____

Teléfono: (_____) _____ otro: _____

Correo Electrónico: _____

Fecha en que tomo el último examen: _____

¿Cuántas veces ha tomado el examen? 2 () , 3 () 4 () 5 ó más ()

POR LA LEY ADA TIENE EL BENEFICIO DE SOLICITAR ACOMODO RAZONABLE, EN CASO DE IMPEDIMENTOS.

INTERESO _____

NO INTERESO _____

Requisitos

- 1. Giro Postal o Bancario por la cantidad de \$25.00 a Nombre del Secretario de Hacienda. (Contamos con ATH (Logo de Visa ó Master Card).**
- 2. Certificado de Antecedentes Penales (No más de tres (3) meses de expedido)**
- 3. Original de Certificado de Salud (no mas de un año de expedido).**
- 4. Traer Dos (2) sobre Pre-dirigidos (dirección postal) con sellos.**
- 5. Identificación licencia de conducir o pasaporte.**

Junta Examinadora de Ópticos de Puerto Rico
Po Box 1020 San Juan Puerto Rico 00908-0200
(787) 765-2929 ext. 6525 E-mail: Crysti.puente@salud.pr.gov