Junta Examinadora de Ópticos

SOLICITUD DE RE-EXAMEN

_____ Examen Teórico **_____ Examen Práctico**

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 su último examen: _____

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

DE ACUERDO CON 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.

Intereso _____ No intereso _____

¿Qué tipo de acomodo razonable solicita? _____
_____

_____ _____
Fecha de radicación **Firma del solicitante**

Requisitos:

1. Una (1) fotografía reciente tamaño 2x2.
2. Copia de identificación con foto vigente. (licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte)
3. Certificado de Antecedentes Penales. **(No mayor de tres (3) meses)**
4. Original Certificado de Salud vigente.
5. Un (1) sobre pre-dirigido con sello.
6. 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.

REV. ENERO/2026