



## SOLICITUD DE REEXAMEN CANDIDATOS PARA ESPECIALIDAD

De haber radicado anteriormente alguna especialidad le aplicaría esta solicitud

FAVOR DE CUMPLIMENTAR TODOS LOS ENCASILLADOS.

- ( ) Tomografía Computadorizada ( ) Mamografía ( ) Resonancia Magnética  
( ) Densitometría Ósea ( ) Sistema Cardiovascular/Periferovascular

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_  
(Mes) (Día) (Año) (Pueblo/País)

DIRECCIÓN POSTAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ P.R. 00 \_\_\_\_\_

Tel. (cel) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_. EMAIL \_\_\_\_\_

**Deberá presentar esta solicitud con los siguientes requisitos:**

- A) Certificado Negativo de Antecedentes Penales de no más de seis (6) meses de la fecha de radicación de la solicitud.**
- B) Giro postal por la cantidad \$20.00 a nombre del secretario de Hacienda por cada especialidad.**
- C) No se aceptan solicitudes incompletas. Todos los requisitos deben ser presentados físicamente (impresos) al entregar la solicitud.**
- D) Deberá traer una foto 2x2 en vestimenta formal**
- E) Dos sobres con sello DIRIGIDOS PARA USTED**

Su dirección postal-----