



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----- 