DEPARTAMENTO DE SALUD
SECRETARÍA AUXILIAR PARA LA REGULACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA
División de Licenciamiento de Médicos y Profesionales de la Salud

SOLICITUD DE RE-EXAMEN

(Favor de llenar la solicitud en letra de molde y tinta azul)

Fecha: _____

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

Teléfonos: (___) _____-_____ / (___) _____-_____ / xxx-xxx-_____
(Residencial) (Celular) (Seguro social últimos 4 dígitos)

Dirección Postal: _____

_____/_____/_____
(pueblo) (país) (zip code)

Correo electrónico _____

Fecha del último Examen de Reválida _____
(mes y año)

_____
Firma del Solicitante

Requisitos:

a. Certificado de **Antecedentes Penales** vigente (no más de 30 días de expedido por la Policía de PR o de la Jurisdicción donde ha residido por los últimos 5 años) Los documentos obtenidos por internet, deben estar acompañados del documento de validación.

b. Una **foto** reciente (6 meses o menos), tamaño pasaporte.

c. El **pago** de la solicitud por el examen es de $200.00 Debe hacer un pago en giro postal o cheque de gerente a nombre del Secretario de Hacienda. Puede pagar con ATH (sin logotipo), VISA ó MasterCard. En adición una vez la Junta le envíe su número de aspirante deberá pagar $75.00 a Test Innovations Inc.

JUNTA EXAMINADORA DE NATURÓPATAS DE PUERTO RICO
P.O. Box 10200
San Juan, P.R.00908-0200
Tel:(787)765-2929 ext. 6590
margery.figueroa@salud.pr.gov