SOLICITUD DE REVISIÓN DE RESULTADOS DE REVÁLIDA

_____
Apellidos Nombre Inicial

Dirección Postal: _____

_____

Tel. residencial: ( )_____ Tel: celular: ( )_____

Correo electrónico (email address):_____

Fecha en que tomó el examen: _____

Parte del examen para la cual solicita revisión:

( ) Ciencias Básicas: Puntuación obtenida: _____

( ) Ciencias Clínicas: Puntuación obtenida: _____

La Revisión se ofrecerá: En la Junta de Licenciamiento y Disciplina Médica de Puerto Rico-

Edificio GM Group, Frente Antiguo Edificio la Electrónica calle Ponce de León #1590 (3er piso)

Rio Piedras, Puerto Rico 00926

■ Ciencias Básicas: _____ de _____ de 202__, a las _____

■ Ciencias Clínicas: _____ de _____ de 202__, a las _____

Fecha límite para radicar su Solicitud de Revisión será: _____

No se aceptarán solicitudes fuera de la fecha límite sin excepción. ■ La revisión del puntaje reportado al candidato es realizada únicamente por el candidato, **no** podrá ser delegada; el candidato deberá presentar identificación con foto y documento de citación al momento del registro.

Firma del Solicitante: _____ Fecha:_____

Esta solicitud deberá ir acompañada de un (1) pago en giro postal o bancario, por la cantidad de CINCUENTA DOLARES ($50.00) "por cada parte de la cual solicita revisión" a nombre del SECRETARIO DE HACIENDA.

Rev/agosto2023