



**Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico
y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico**

SOLICITUD PARA RE-EXAMEN

_____TECNÓLOGOS RADIOLÓGICOS _____TECNÓLOGOS EN RADIOTERAPIA
_____ Re-examen Teórico _____ Re-examen Práctico

NOMBRE: _____

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

DIRECCIÓN POSTAL: _____

TELÉFONO: _____ - _____ - _____ EMAIL: _____

Deberá presentar esta solicitud con los siguientes requisitos:

- ___ Presentar original y copia de identificación válida en Puerto Rico (Ej. Pasaporte, licencia de conducir vigente o Real Id).
- ___ Certificado de Antecedentes Penales (impreso) expedido por la Policía de PR. No más de seis (6) meses previos a la fecha de radicación.
- ___ Certificación negativa de pensión alimenticia, expedida por la Administración para el Sustento de Menores (ASUME) (Impreso) expedida no más tarde de 30 días, de conformidad con la Ley #86 del 17 de agosto de 1994, según enmendada.
- ___ Original de Certificado de Salud expedido por la Unidad de Salud Pública.
- ___ Un sobre con sello pre-dirigido con la Dirección postal del aspirante.
- ___ Realizar pago de \$20.00 (por cada modalidad) por concepto de Solicitud. Puede ser en giro postal a nombre del secretario de Hacienda o por sistema de ATH. El pago no es reembolsable.
- ___ Solicitud para Acomodo Razonable, si aplica.
- ___ Formulario de Solicitud de Examen de Revalida (adjunto).



No se aceptan solicitudes incompletas.
Todos los requisitos (originales y copias) deben ser presentados físicamente al entregar la solicitud.
En el caso de tener alguna duda, puede comunicarse a iris.gonzalez@salud.pr.gov



**Junta Examinadora de Tecnólogos Radiológicos en Imágenes de Diagnóstico
y Tecnólogos en Radioterapia de Puerto Rico**

Formulario de Solicitud de Examen de Reválida

FAVOR DE LLENAR EN SU TOTALIDAD EN LETRA DE MOLDE

Información Personal:

Primer Apellido Segundo Apellido Nombre Inicial

Seguro Social
Últimos 4 dígitos

Fecha de Nacimiento
dd/mm/yyyy

Género:
 Femenino
 Masculino

Ciudadanía: _____

Teléfono Celular: _____

Correo electrónico:

Dirección Postal: _____

Examen que solicita:
 Tecnólogo Radiológico
 Tecnólogo en Radioterapia

Número de Intento: _____

Institución de Procedencia: _____ Recinto: _____
Pueblo

Acomodo Razonable: Si No ¿Qué tipo de acomodo solicita? _____

Fecha de Terminación de Estudios: _____ Año de Graduación: _____
dd/mm/yyyy

Firma del candidato: _____ Fecha: _____