



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

SOLICITUD DE RE-EXAMEN PARA CERTIFICACIÓN DE ESPECIALIDAD

Densitometría Ósea Mamografía Resonancia Magnética (MRI)
 Sistema Cardiovascular/ Periferovascular (Angiografía) Tomografía Computarizada (CT)

NOMBRE: _____

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

DIRECCIÓN POSTAL: _____

TELEFONO _____ - _____ - _____. 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 \$30.00 (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).



PARA CITAS

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

<p>Género:</p> <p><input type="checkbox"/> Femenino</p> <p><input type="checkbox"/> Masculino</p>

Ciudadanía: _____

Teléfono Celular: _____

Correo electrónico:

Dirección Postal: _____

Número de Intento: _____

<p>Examen que solicita:</p> <p><input type="checkbox"/> Densitometría Ósea</p> <p><input type="checkbox"/> Mamografía</p> <p><input type="checkbox"/> Resonancia Magnética</p> <p><input type="checkbox"/> Sistema Cardiovascular/ Periferovascular</p> <p><input type="checkbox"/> Tomografía Computarizada</p>
--

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: _____