JUNTA EXAMINADORA DE NATURÓPATAS DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE REVISIÓN DE EXAMEN DE REVÁLIDA

_____ ____ _____ _____
Nombre In. Apellido Paterno Apellido Materno

Número de Candidato: _____ Últimos cuatro dígitos del SS: _____

Fecha del examen: _____ No. de Intento: _____ % de No Aprobación_____

Dirección: _____

_____

Teléfono: _____Correo Electrónico: _____

Fecha de la Solicitud: _____

AVISO IMPORTANTE:

1. Cualquier candidato(a) tendrá derecho, si así lo solicita por escrito, a solicitar examinar sus contestaciones de examen, en un plazo dentro de 30 días calendario contados a partir de la fecha de recibido el resultado.
2. La revisión se hará únicamente por los miembros de Junta Examinadora de Naturópatas.
3. Sólo podrá comparecer el examinado(a) al momento de la revisión, salvo justa causa.
4. El solicitante tendrá acceso a sus resultados, de acuerdo con el informe de puntuación obtenida.
5. Las preguntas son material confidencial y privativo de la Junta de Naturópatas; **NO serán mostradas al candidato(a) solicitante.**
6. No se permitirá sacar documento alguno del salón donde se lleve a cabo la revisión.
7. Durante el proceso de revisión, deberá guardar el teléfono móvil apagado, cualquier electrónico, materiales de estudio, bultos, mochila y carteras.

CONSENTIMIENTO:
CERTIFICO QUE HE LEIDO Y ENTENDIDO TODA ESTA SOLICITUD. MI FIRMA SIGNIFICA QUE HE ENTENDIDO EN SU TOTALIDAD EL CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO EL CUAL LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE MANIFIESTO ESTAR DE ACUERDO Y ACEPTO CUMPLIR. JURO QUE LA INFORMACION QUE PRECEDE EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA, CORRECTA Y AUTENTICA.

_____ _____
NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL SOLICITANTE FIRMA DEL SOLICITANTE

_____ _____
TESTIGO, OFICIAL DE JUNTA FECHA